

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄：112/10-112/12

核付截止日期：113/03/31

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)112年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (111年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 110年各季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(111年)各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及
 &管理辦法之扣款 - 111年新醫療科技項目未導入預算) \times (1+2.172\%) \\
 &= (32,713,722,898 + (-187,973,790) + 22,498,871 - 46,898,113) \times (1+2.172\%) \\
 &= 33,207,279,185(G)
 \end{aligned}$$

(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)	扣減112年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B7)	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) = (D) - (F2) - (F3) - (B7)
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)	$(註9)$	
第1季	31,979,199,054	26,100,987	31,953,098,067	0.24898689	74,696,067	74,696,067	0	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	0	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	0	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	20,361,418	33,004,491,282
合計	128,437,665,496	105,211,861	128,332,453,635	1.00000000	300,000,000	300,000,000	20,361,418	127,712,092,217

註：

- 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%)。
- 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%。
- 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。
- 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)。
- 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。
- 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年新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)未於時程內導入之預算有187,592,449元(新藥為132,002,449元；新增診療項目為55,590,000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年年5月25日第2次研商議事會議報告。
- 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。
- 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。
- 扣減112年新醫療科技項目未導入預算(B7)：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」核定事項辦理，112年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入或預算執行有剩餘，則扣減其算額度。爰於112年第4季扣減新增診療項目未導入預算20,361,418元。

(三)112年各季門診透析服務預算

$$\begin{aligned}
 &= (111\text{年各季西醫基層門診透析服務預算}) \times (1+3.675\%) \\
 &= (5,367,162,809) \times (1+3.675\%) \\
 &= 5,564,406,042
 \end{aligned}$$

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：	4,144,560
北區分區：	1,446,480
中區分區：	1,254,400
南區分區：	1,695,960
高屏分區：	479,080
東區分區：	0
小計：	9,020,480

第3季已結算金額：

臺北分區：	4,331,040
北區分區：	1,561,000
中區分區：	1,304,520
南區分區：	1,726,760
高屏分區：	523,880
東區分區：	0
小計：	9,447,200

第4季已結算金額：

臺北分區：	4,305,560
北區分區：	1,533,560
中區分區：	1,290,800
南區分區：	1,767,080
高屏分區：	448,280
東區分區：	0
小計：	9,345,280

全年已結算金額：

臺北分區：	16,729,720
北區分區：	5,970,440
中區分區：	5,134,640
南區分區：	6,946,520
高屏分區：	1,979,040
東區分區：	0
小計：	36,760,360

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	324,606	收入	3,141,835 (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	20,285,800 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,416,016 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	32,937,352 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	7,576,104 (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	1,809,335 (K8)	點值補助差額	1,809,335 (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= 69,357,107

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= 47,526,130

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 1,809,335

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)= 71,166,442

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 45,716,795

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 45,716,795= 124,991,795

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1：	點數	634,768	收入	3,727,730 (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	20,565,400 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4：			已支用點數	5,385,147 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5：			點值補助差額	38,255,039 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6：			已支用點數	6,220,711 (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	2,110,175 (L8)	點值補助差額	2,110,175 (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= 74,154,027

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= 50,837,768

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 2,110,175

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)= 76,264,202

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 48,727,593

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 48,727,593= 128,002,593

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1：	點數	1,360,780	收入	4,145,069 (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	20,227,200 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4：			已支用點數	5,638,403 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5：			點值補助差額	41,616,427 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6：			已支用點數	7,307,940 (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	2,381,054 (M8)	點值補助差額	2,381,054 (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= 78,935,039

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= 49,067,554

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 2,381,054

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)= 81,316,093

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 46,686,500

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：113/05/17

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

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	2,339,679	收入	11,517,014 (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	79,335,200 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	21,435,065 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	123,563,370 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	27,885,518 (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	6,677,333 (N8)	點值補助差額	6,677,333 (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=263,736,167

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
= 53,363,833

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 6,677,333

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)=270,413,500

支應醫院總額同項專款移撥不足款= 1,055,445

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 - 支應醫院總額同項專款移撥不足款
= 317,100,000 - 270,413,500 - 1,055,445 = 45,631,055

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： 631,284,099

第3季已支用點數： 199,000

第4季已支用點數： -1,124,271

全年已支用點數： 613,953,353

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 613,953,353

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： 33,600

第3季已支用點數： 13,500

第4季已支用點數： 16,800

全年已支用點數： 79,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 79,000

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： 631,317,699

第3季已支用點數： 212,500

第4季已支用點數： -1,107,471

全年已支用點數： 614,032,353

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 614,032,353

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,333,967,647

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： 24,169,000

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 24,169,000未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 274,924,500

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $616,000,000 / 4 + 274,924,500 = 428,924,500$

已支用點數： 37,915,981

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 37,915,981未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 391,008,519

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 616,000,000 / 4 + 391,008,519 = 545,008,519

已支用點數：35,177,400 (傳票日期：113/04/30前核付)

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 35,177,400

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 509,831,119

全年合計

全年預算 = 616,000,000

已支用點數 = 106,168,881

暫結金額 = 8,906,500 + 24,169,000 + 37,915,981 + 35,177,400 = 106,168,881

未支用金額 = 616,000,000 - 106,168,881 = 509,831,119

註：依據112年7月17日健保醫字第1120113778號公告修正全民健康保險代謝症候群防治計畫，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：	150,232,494	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	150,232,494
第3季已支用點數：	163,605,140	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	163,605,140
第4季已支用點數：	143,701,535	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	143,701,535
全年已支用點數：	583,061,725	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	583,061,725

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：	150,232,494	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	150,232,494
第3季已支用點數：	163,605,140	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	163,605,140
第4季已支用點數：	143,701,535	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	143,701,535
全年已支用點數：	583,061,725	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	583,061,725

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：	32,762,007	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	32,762,007
門診第3季金額：	62,277,766	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	62,277,766
門診第4季金額：	15,635,189	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	15,635,189
全年合計金額：	110,674,962	全年合計金額：	0	全年合計金額：	110,674,962

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：	117,470,487	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	117,470,487
第3季已支用金額：	101,327,374	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	101,327,374
第4季已支用金額：	128,066,346	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	128,066,346
全年已支用金額：	472,386,763	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	472,386,763

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 583,061,725 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 292,000,000 - (583,061,725 - 110,674,962) \\ &= 292,000,000 - 472,386,763 \\ &= -180,386,763 (\text{預算不足, 由醫院總額同項專款支應}) \end{aligned}$$

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： 10,842,800

第3季已支用點數： 10,635,400

第4季已支用點數： 12,619,350

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 44,567,550

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： 94,143,650

第3季已支用點數： 96,271,520

第4季已支用點數： 135,063,115 (傳票日期：113/04/24前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 419,519,035

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： 37,159,400

第3季已支用點數： 41,001,400

第4季已支用點數： 69,725,200 (傳票日期：113/04/19前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 181,747,800

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： 6,922,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,922,000

2.9 合計

第1季已支用點數： 127,902,550

第2季已支用點數： 131,303,050

第3季已支用點數： 137,272,920

第4季已支用點數： 211,710,315

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 608,188,835

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 286,790

第2季已支用點數： 230,132

第3季已支用點數： 228,816

第4季已支用點數： 901,056 (傳票日期：113/04/03前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,646,794

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：3,743,300

第3季已支用點數：3,717,700

第4季已支用點數：7,198,300

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 18,239,390

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：1,975,850

第3季已支用點數：2,414,400

第4季已支用點數：2,542,800

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 9,203,750

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：85,000

第3季已支用點數：95,000

第4季已支用點數：244,600 (傳票日期：113/05/09前核付)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 512,600

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：237,800

第3季已支用點數：238,400

第4季已支用點數：301,925

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,025,325

8. 合計

第1季已支用點數：144,845,330

第2季已支用點數：148,417,932

第3季已支用點數：154,602,636

第4季已支用點數：235,518,346

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 683,384,244

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 216,915,756

=====

(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：58,555,326	臺北分區：1,983,995	臺北分區：56,571,331
	北區分區：33,066,510	北區分區：288,249	北區分區：32,778,261
	中區分區：46,645,382	中區分區：2,656,118	中區分區：43,989,264
	南區分區：37,515,768	南區分區：1,032,820	南區分區：36,482,948
	高屏分區：27,812,246	高屏分區：103,174	高屏分區：27,709,072
	東區分區：3,533,295	東區分區：47,082	東區分區：3,486,213
	小計：207,128,527	小計：6,111,438	小計：201,017,089

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 201,017,089

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：75,721,360	臺北分區：1,767,015	臺北分區：73,954,345
	北區分區：44,774,170	北區分區：327,194	北區分區：44,446,976
	中區分區：58,986,798	中區分區：2,928,816	中區分區：56,057,982
	南區分區：44,086,065	南區分區：911,899	南區分區：43,174,166
	高屏分區：36,373,845	高屏分區：85,980	高屏分區：36,287,865
	東區分區：3,482,020	東區分區：52,856	東區分區：3,429,164
	小計：263,424,258	小計：6,073,760	小計：257,350,498

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 257,350,498

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

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：88,978,607	臺北分區：1,919,402	臺北分區：87,059,205
	北區分區：51,073,962	北區分區：355,474	北區分區：50,718,488
	中區分區：63,422,634	中區分區：2,878,001	中區分區：60,544,633
	南區分區：46,655,156	南區分區：1,006,516	南區分區：45,648,640
	高屏分區：37,170,740	高屏分區：118,935	高屏分區：37,051,805
	東區分區：4,145,882	東區分區：33,732	東區分區：4,112,150
	小計：291,446,981	小計：6,312,060	小計：285,134,921

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 285,134,921

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：261,844,498	臺北分區：8,092,603	臺北分區：253,751,895
	北區分區：149,140,219	北區分區：1,174,625	北區分區：147,965,594
	中區分區：205,760,319	中區分區：11,022,734	中區分區：194,737,585
	南區分區：161,584,397	南區分區：4,259,842	南區分區：157,324,555
	高屏分區：123,728,531	高屏分區：396,121	高屏分區：123,332,410
	東區分區：13,238,285	東區分區：166,246	東區分區：13,072,039
	小計：915,296,249	小計：25,112,171	小計：890,184,078

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 890,184,078

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 429,815,922

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:

預算=258,000,000/4= 64,500,000

已支用點數：36,056,250

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 36,056,250

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 28,443,750

第2季:

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

已支用點數：35,754,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 35,754,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 57,189,750

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 57,189,750=121,689,750

已支用點數：46,507,250

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 46,507,250

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 75,182,500

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 75,182,500=139,682,500

已支用點數：39,807,550 (傳票日期：113/04/03前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 39,807,550

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 99,874,950

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數：158,125,050

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 36,056,250 + 35,754,000 + 46,507,250 + 39,807,550 = 158,125,050

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 158,125,050 = 99,874,950

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

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

$$\text{已支用點數} = 5,203,768$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 5,203,768 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 14,904,846 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 14,904,846 = 27,404,846$$

$$\text{已支用點數} = 5,403,517$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 5,403,517 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 22,001,329 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 22,001,329 = 34,501,329$$

$$\text{已支用點數} = 5,391,076$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 5,391,076 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 29,110,253 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 20,889,747$$

$$\text{暫結金額} = 4,891,386 + 5,203,768 + 5,403,517 + 5,391,076 = 20,889,747$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 20,889,747 = 29,110,253$$

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：	365,813	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	365,813
第3季已支用點數：	365,140	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	365,140
第4季已支用點數：	386,258	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	386,258
全年已支用點數：	1,471,933	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,471,933

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：	365,813	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	365,813
第3季已支用金額：	365,140	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	365,140
第4季已支用金額：	386,258	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	386,258
全年已支用金額：	1,471,933	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	1,471,933

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,471,933 - 0 \\
 &= 1,471,933
 \end{aligned}$$

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：113/05/17

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

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：	365,813	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	365,813
第3季已支用點數：	365,140	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	365,140
第4季已支用點數：	386,258	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	386,258
全年已支用點數：	1,471,933	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,471,933

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：	365,813	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	365,813
第3季已支用金額：	365,140	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	365,140
第4季已支用金額：	386,258	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	386,258
全年已支用金額：	1,471,933	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	1,471,933

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 1,471,933 & &= 30,000,000 - (1,471,933 - 0) \\
 & & &= 30,000,000 - 1,471,933 \\
 & & &= 28,528,067
 \end{aligned}$$

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

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：	3,792,110	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	3,792,110
第3季已支用點數：	4,422,680	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	4,422,680
第4季已支用點數：	4,454,040	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	4,454,040
全年已支用點數：	15,297,038	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	15,297,038

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：	41,341	第3季金額：	0	第3季金額：	41,341
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	41,341	全年金額：	0	全年金額：	41,341

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：	3,792,110	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	3,792,110
第3季已支用金額：	4,381,339	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	4,381,339
第4季已支用金額：	4,454,040	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	4,454,040
全年已支用金額：	15,255,697	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	15,255,697

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 15,297,038 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (15,297,038 - 41,341) \\ &= 30,000,000 - 15,255,697 \\ &= 14,744,303 \end{aligned}$$

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。

=====

(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： 429,263
 第3季已支用點數： 490,896
 第4季已支用點數： 481,833
 全年已支用點數： 1,888,016

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 1,888,016

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： 62,526
 第3季已支用點數： 58,601
 第4季已支用點數： 60,469
 全年已支用點數： 229,830

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 229,830

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)： 491,789
 第3季已支用點數(BQ_q3)： 549,497
 第4季已支用點數(BQ_q4)： 542,302
 全年已支用點數： 2,117,846

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 2,117,846

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 8,882,154

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： 42,376,488

第3季已支用金額： 41,391,346

第4季已支用金額： 52,588,075

結算金額 = 177,513,891

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： 55,634,516

第3季已支用點數： 55,763,717

第4季已支用點數： 56,233,836 (傳票日期：113/04/01前核付)

全年已支用點數： 222,863,164

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 222,863,164

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 253,000,000 - 222,863,164 = 30,136,836

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： 1,431,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,431,800

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 2,155,900

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 2,155,900 = 4,580,900$$

$$\text{已支用點數} = 1,484,400$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,484,400 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 3,096,500 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 3,096,500 = 5,521,500$$

$$\text{已支用點數} = 1,265,100$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,265,100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 4,256,400 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 9,700,000$$

$$\text{已支用點數} = 5,443,600$$

$$\text{暫結金額} = 1,262,300 + 1,431,800 + 1,484,400 + 1,265,100 = 5,443,600$$

$$\text{未支用金額} = 9,700,000 - 5,443,600 = 4,256,400$$

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：	7,364,567	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,364,567
第3季已支用點數：	7,642,618	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,642,618
第4季已支用點數：	9,206,965	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	9,206,965
全年已支用點數：	31,624,593	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	31,624,593

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：	694,108	第3季金額：	0	第3季金額：	694,108
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	694,108	全年金額：	0	全年金額：	694,108

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：25

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診	金額	住診	金額	門住診合計	金額
第1季已支用金額：	7,410,443	第1季已支用金額：	0	第1季已支用金額：	7,410,443
第2季已支用金額：	7,364,567	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	7,364,567
第3季已支用金額：	6,948,510	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	6,948,510
第4季已支用金額：	9,206,965	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	9,206,965
全年已支用金額：	30,930,485	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	30,930,485

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)
= 31,624,593	= 100,000,000	- (31,624,593	- 694,108)
	= 100,000,000	- 30,930,485	
	= 69,069,515		

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

原暫結金額 = 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 - 實際暫結金額 = 2,500,000 - 2,500,000 = 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): 112,168,957

原暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 112,168,957

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2季預算 - 實際暫結金額 = 2,500,000 - 2,500,000 = 0

第3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_q3): 77,449,122
 原暫結金額=1元/點×已支用點數= 77,449,122
 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3季預算-實際暫結金額= 2,500,000-2,500,000= 0

第4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_q4): 40,561,930
 原暫結金額=1元/點×已支用點數= 40,561,930
 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4季預算-實際暫結金額= 2,500,000-2,500,000= 0

全年合計:

全年預算= 10,000,000
 已支用點數: 241,327,553
 實際暫結金額=第1~4季實際暫結金額= 2,500,000+ 2,500,000+ 2,500,000+ 2,500,000= 10,000,000
 結算金額= 2,500,000+ 2,500,000+ 2,500,000+ 2,500,000= 10,000,000
 未支用金額=全年預算-實際暫結金額= 10,000,000-10,000,000= 0

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。

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：113/05/17

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：27

(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): 26,047,818(傳票日期:113/04/08前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 26,047,818

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 26,047,818 = 973,952,182

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」，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。
2. 依據本署113年1月18日健保醫字第1130101262號公告「全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫」，配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材(SUD)相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用，為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備等成本，優先調整受影響之73項診療項目支付點數，業於112年11月1日生效。惟上述診療項目生效前，部分健保案件單次使用醫材之使用成本由醫療院所自行吸收，為減輕醫療院所配合政策而增加之財務負擔，爰擬訂本計畫，針對特約院所112年1月至10月期間申報上開73項診療項目者，得申請補貼。
實施期間：費用年月112年1月至112年10月，並將納入112年第4季結算。

(十八) 癌症治療品質改善計畫

全年預算 = 115,000,000

第1季:

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

第2季:

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

第3季:

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

第4季:

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

$$\text{已支用點數} = 496,300 \text{ (傳票日期: 113/04/16前核付)}$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 496,300 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 114,503,700 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 115,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 496,300$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 0 + 0 + 0 + 496,300 = 496,300$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 115,000,000 - 496,300 = 114,503,700$$

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」，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2. 依據112年5月19日健保醫字第1120109476號公告新增「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自112年6月1日起生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，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。若全年預算尚有結餘，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。

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：113/05/17

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：29

(十九) 慢性傳染病照護品質計畫

全年預算 = 20,000,000

第1季:

預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000

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1季預算 - 暫結金額
= 5,000,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000

已支用點數： 457,250

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 457,250

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 9,542,750

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 9,542,750 = 14,542,750

已支用點數： 1,917,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,917,700

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 12,625,050

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 12,625,050 = 17,625,050

已支用點數： 2,922,042

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,922,042

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 14,703,008

全年合計:

全年預算 = 20,000,000

已支用點數： 5,296,992

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 457,250 + 1,917,700 + 2,922,042 = 5,296,992

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 5,296,992 = 14,703,008

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」，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2. 依據112年6月1日健保醫字第1120110379號公告公告新增「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫」，並自112年6月1日生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，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。若全年預算尚有結餘，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)	138,625,310	138,625,310	138,625,310
(4)合計	138,625,310	138,625,310	138,625,310

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 138,625,310 = 138,625,310

結算金額 = 138,625,310

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 267,216,759 - 138,625,310 = 128,591,449

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：31

第3季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 128,591,449 = 328,591,449

	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)	146,681,472	146,681,472	146,681,472
(4)合計	146,681,472	146,681,472	146,681,472

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 146,681,472 = 146,681,472

結算金額 = 146,681,472

未支用金額=第3季原預算-結算金額 = 328,591,449 - 146,681,472 = 181,909,977

第4季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 181,909,977 = 381,909,977

	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)	150,095,569	150,095,569	150,095,569
(4)合計	150,095,569	150,095,569	150,095,569

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 150,095,569 = 150,095,569

結算金額 = 150,095,569

未支用金額=第4季原預算-結算金額 = 381,909,977 - 150,095,569 = 231,814,408

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)	568,185,592	568,185,592	568,185,592
(4)合計	568,185,592	568,185,592	568,185,592

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 568,185,592 = 568,185,592

「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= 132,783,241 + 138,625,310 + 146,681,472 + 150,095,569 = 568,185,592

未支用金額=全年預算-結算金額 = 800,000,000 - 568,185,592 = 231,814,408

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。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4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	112Q4	112Q4	107Q4	108Q4	109Q4	110Q4	112Q4	112Q4	107Q4	108Q4	109Q4	110Q4	112Q4
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36968	0.33033	0.32746	0.32934	0.33187	0.33263	0.36575	0.92105	0.91567	0.92401	0.92868	0.91585	0.33647
北區分區	0.16127	0.16167	0.16094	0.16050	0.16085	0.16437	0.16131	1.06933	1.07163	1.06927	1.06791	1.06850	0.17229
中區分區	0.17936	0.18613	0.18604	0.18678	0.18571	0.18597	0.18004	1.03491	1.03665	1.03336	1.03115	1.03846	0.18610
南區分區	0.12909	0.13902	0.14091	0.13908	0.13908	0.13700	0.13008	1.01918	1.02369	1.01829	1.01303	1.02172	0.13241
高屏分區	0.14058	0.15695	0.15788	0.15883	0.15625	0.15485	0.14222	1.09186	1.09460	1.08779	1.08572	1.09934	0.15510
東區分區	0.02002	0.02590	0.02677	0.02547	0.02624	0.02518	0.02060	0.85719	0.88103	0.85232	0.85106	0.84435	0.01763
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)112年第4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4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	= 33,004,491,282 × (69% × 0.33647(R)+ 31% × 0.32922(S)) = 11,030,843,587
北區分區一般服務預算總額	= 33,004,491,282 × (69% × 0.17229(R)+ 31% × 0.12310(S)) = 5,183,061,616
中區分區一般服務預算總額	= 33,004,491,282 × (69% × 0.18610(R)+ 31% × 0.18542(S)) = 6,135,178,481
南區分區一般服務預算總額	= 33,004,491,282 × (69% × 0.13241(R)+ 31% × 0.16623(S)) = 4,716,150,378
高屏分區一般服務預算總額	= 33,004,491,282 × (69% × 0.15510(R)+ 31% × 0.17121(S)) = 5,283,824,328
東區分區一般服務預算總額	= 33,004,491,282 × (69% × 0.01763(R)+ 31% × 0.02482(S)) = 655,432,892

總計

33,004,491,282

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄：112/10—112/12

核付截止日期：113/03/31

頁次：34

(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
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	10,549,270,176	10,650,363,596	10,347,121,840	11,030,843,587	42,577,599,199
	北區分區	4,944,385,405	4,973,219,113	4,872,705,770	5,183,061,616	19,973,371,904
	中區分區	6,027,905,863	5,950,727,693	5,813,376,370	6,135,178,481	23,927,188,407
	南區分區	4,583,381,539	4,588,366,974	4,447,658,588	4,716,150,378	18,335,557,479
	高屏分區	5,058,996,421	5,019,100,714	4,954,570,483	5,283,824,328	20,316,491,946
	東區分區	639,766,529	653,914,680	632,769,181	655,432,892	2,581,883,282
	小計	31,803,705,933	31,835,692,770	31,068,202,232	33,004,491,282	127,712,092,217
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)×110年	臺北分區	2,075,085	2,081,321	2,031,054	2,165,400	8,352,860
各季預算占率(Ra)	北區分區	1,917,230	1,922,992	1,876,549	2,000,675	7,717,446
	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)						
(註2)	臺北分區	0.33009409	0.33316655	0.33071079	0.33096081	
	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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：35

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	45,502,482
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	10,652,059,739	10,348,749,848	11,032,582,229	42,584,318,322
	北區分區	4,944,192,979	4,973,042,477	4,872,536,728	5,182,877,635	19,972,649,819
	中區分區	6,028,320,470	5,951,118,839	5,813,755,870	6,135,569,668	23,928,764,847
	南區分區	4,581,411,528	4,586,385,522	4,445,720,932	4,714,092,915	18,327,610,897
	高屏分區	5,058,854,267	5,018,933,485	4,954,437,476	5,283,693,285	20,315,918,513
東區分區	640,000,183	654,152,708	633,001,378	655,675,550	2,582,829,819	
小計		31,803,705,933	31,835,692,770	31,068,202,232	33,004,491,282	127,712,092,217
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	56,571,331	73,954,345	87,059,205	253,751,895
	北區分區	20,021,869	32,778,261	44,446,976	50,718,488	147,965,594
	中區分區	34,145,706	43,989,264	56,057,982	60,544,633	194,737,585
	南區分區	32,018,801	36,482,948	43,174,166	45,648,640	157,324,555
	高屏分區	22,283,668	27,709,072	36,287,865	37,051,805	123,332,410
東區分區	2,044,512	3,486,213	3,429,164	4,112,150	13,072,039	
小計		146,681,570	201,017,089	257,350,498	285,134,921	890,184,078
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	10,708,631,070	10,422,704,193	11,119,641,434	42,838,070,217
	北區分區	4,964,214,848	5,005,820,738	4,916,983,704	5,233,596,123	20,120,615,413
	中區分區	6,062,466,176	5,995,108,103	5,869,813,852	6,196,114,301	24,123,502,432
	南區分區	4,613,430,329	4,622,868,470	4,488,895,098	4,759,741,555	18,484,935,452
	高屏分區	5,081,137,935	5,046,642,557	4,990,725,341	5,320,745,090	20,439,250,923
東區分區	642,044,695	657,638,921	636,430,542	659,787,700	2,595,901,858	
小計		31,950,387,503	32,036,709,859	31,325,552,730	33,289,626,203	128,602,276,295

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：36

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	202,438	222,207	164,154	806,161
	北區分區	32,751	35,154	50,474	59,736	178,115
	中區分區	85,556	79,156	90,677	107,015	362,404
	南區分區	85,989	75,690	75,129	91,840	328,648
	高屏分區	109,404	98,622	107,986	115,548	431,560
	東區分區	3,196	729	3,024	4,009	10,958
小計		534,258	491,789	549,497	542,302	2,117,846
		(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	10,708,833,508	10,422,926,400	11,119,805,588	42,838,876,378
	北區分區	4,964,247,599	5,005,855,892	4,917,034,178	5,233,655,859	20,120,793,528
	中區分區	6,062,551,732	5,995,187,259	5,869,904,529	6,196,221,316	24,123,864,836
	南區分區	4,613,516,318	4,622,944,160	4,488,970,227	4,759,833,395	18,485,264,100
	高屏分區	5,081,247,339	5,046,741,179	4,990,833,327	5,320,860,638	20,439,682,483
	東區分區	642,047,891	657,639,650	636,433,566	659,791,709	2,595,912,816
小計		31,950,921,761	32,037,201,648	31,326,102,227	33,290,168,505	128,604,394,141
		(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	33,276,765	22,525,851	12,365,907	73,384,992
	北區分區	1,324,116	20,270,258	15,946,441	10,407,782	47,948,597
	中區分區	1,750,434	25,633,838	16,206,557	9,063,645	52,654,474
	南區分區	787,911	12,713,056	8,244,155	2,805,454	24,550,576
	高屏分區	1,965,498	18,996,938	13,613,764	5,304,378	39,880,578
	東區分區	103,116	1,278,102	912,354	614,764	2,908,336
小計		11,147,544	112,168,957	77,449,122	40,561,930	241,327,553

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：37

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%	29.666644%	29.084708%	30.486486%	
	北區分區	11.878096%	18.071183%	20.589570%	25.658991%	
	中區分區	15.702418%	22.852881%	20.925424%	22.345202%	
	南區分區	7.068023%	11.333845%	10.644607%	6.916471%	
	高屏分區	17.631668%	16.936003%	17.577687%	13.077233%	
	東區分區	0.925012%	1.139444%	1.178004%	1.515617%	
	小計	100.000000%	100.000000%	100.000000%	100.000000%	
13. 「因應長新冠照護衍生費用」預算 (BR3)		2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
		(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	741,666	727,118	762,162	3,400,816
	北區分區	296,952	451,780	514,739	641,475	1,904,946
	中區分區	392,560	571,322	523,136	558,630	2,045,648
	南區分區	176,701	283,346	266,115	172,912	899,074
	高屏分區	440,792	423,400	439,442	326,931	1,630,565
	東區分區	23,125	28,486	29,450	37,890	118,951
	小計	2,500,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000	10,000,000
		(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	10,709,575,174	10,423,653,518	11,120,567,750	42,842,277,194
	北區分區	4,964,544,551	5,006,307,672	4,917,548,917	5,234,297,334	20,122,698,474
	中區分區	6,062,944,292	5,995,758,581	5,870,427,665	6,196,779,946	24,125,910,484
	南區分區	4,613,693,019	4,623,227,506	4,489,236,342	4,760,006,307	18,486,163,174
	高屏分區	5,081,688,131	5,047,164,579	4,991,272,769	5,321,187,569	20,441,313,048
	東區分區	642,071,016	657,668,136	636,463,016	659,829,599	2,596,031,767
	小計	31,953,421,761	32,039,701,648	31,328,602,227	33,292,668,505	128,614,394,141

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：38

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	10,468,959	10,468,959
	北區分區	0	0	0	3,142,052	3,142,052
	中區分區	0	0	0	4,615,565	4,615,565
	南區分區	0	0	0	3,178,117	3,178,117
	高屏分區	0	0	0	4,375,619	4,375,619
	東區分區	0	0	0	267,506	267,506
	小計	0	0	0	26,047,818	26,047,818
		(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	10,709,575,174	10,423,653,518	11,131,036,709	42,852,746,153
	北區分區	4,964,544,551	5,006,307,672	4,917,548,917	5,237,439,386	20,125,840,526
	中區分區	6,062,944,292	5,995,758,581	5,870,427,665	6,201,395,511	24,130,526,049
	南區分區	4,613,693,019	4,623,227,506	4,489,236,342	4,763,184,424	18,489,341,291
	高屏分區	5,081,688,131	5,047,164,579	4,991,272,769	5,325,563,188	20,445,688,667
	東區分區	642,071,016	657,668,136	636,463,016	660,097,105	2,596,299,273
	小計	31,953,421,761	32,039,701,648	31,328,602,227	33,318,716,323	128,640,441,959
		(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×MC)(註4)	臺北分區	32,608,083	34,677,742	38,664,228	38,450,554	144,400,607
	北區分區	22,807,814	24,303,456	26,184,505	27,406,683	100,702,458
	中區分區	24,069,514	25,398,557	27,811,166	29,409,819	106,689,056
	南區分區	30,004,990	30,638,199	30,025,194	29,253,403	119,921,786
	高屏分區	20,433,398	20,667,864	20,983,888	22,689,648	84,774,798
	東區分區	2,859,442	2,939,492	3,012,491	2,885,462	11,696,887
	小計	132,783,241	138,625,310	146,681,472	150,095,569	568,185,592

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：39

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	10,744,252,916	10,462,317,746	11,169,487,263	42,997,146,760
	北區分區	4,987,352,365	5,030,611,128	4,943,733,422	5,264,846,069	20,226,542,984
	中區分區	6,087,013,806	6,021,157,138	5,898,238,831	6,230,805,330	24,237,215,105
	南區分區	4,643,698,009	4,653,865,705	4,519,261,536	4,792,437,827	18,609,263,077
	高屏分區	5,102,121,529	5,067,832,443	5,012,256,657	5,348,252,836	20,530,463,465
	東區分區	644,930,458	660,607,628	639,475,507	662,982,567	2,607,996,160
小計		32,086,205,002	32,178,326,958	31,475,283,699	33,468,811,892	129,208,627,551

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	7,716,644,665(BF)	0.81825735	-----	2,653,598,218	433,090
	2-北區分區	776,094,322	0.81825735	635,044,883	290,284,679	
	3-中區分區	458,456,531	0.81825735	375,135,426	165,703,831	
	4-南區分區	295,144,587	0.81825735	241,504,228	114,016,141	
	5-高屏分區	373,512,506	0.81825735	305,629,353	146,472,580	
	6-東區分區	45,567,858	0.81825735	37,286,235	22,644,836	
	7-合計	9,665,420,469(GF)		1,594,600,125(AF)	3,392,720,285(BG)	
2-北區分區	1-臺北分區	475,086,892	0.87320959	414,850,430	167,825,834	912,849
	2-北區分區	3,281,087,553(BF)	0.87320959	-----	1,321,257,304	
	3-中區分區	199,343,746	0.87320959	174,068,871	76,832,524	
	4-南區分區	143,314,758	0.87320959	125,143,821	52,601,681	
	5-高屏分區	82,322,904	0.87320959	71,885,149	33,517,284	
	6-東區分區	11,339,018	0.87320959	9,901,339	6,459,125	
	7-合計	4,192,494,871(GF)		795,849,610(AF)	1,658,493,752(BG)	
3-中區分區	1-臺北分區	150,713,759	0.88003706	132,633,693	53,324,189	660,763
	2-北區分區	98,187,371	0.88003706	86,408,525	40,090,633	
	3-中區分區	4,484,145,726(BF)	0.88003706	-----	1,783,384,996	
	4-南區分區	112,464,964	0.88003706	98,973,336	42,635,200	
	5-高屏分區	68,912,529	0.88003706	60,645,579	27,546,780	
	6-東區分區	6,950,817	0.88003706	6,116,977	3,943,398	
	7-合計	4,921,375,166(GF)		384,778,110(AF)	1,950,925,196(BG)	

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：113/05/17

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次： 41

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	137,999,667	0.91853798	126,757,935	52,419,392	
	2-北區分區	60,120,169	0.91853798	55,222,659	24,932,045	
	3-中區分區	133,143,040	0.91853798	122,296,939	53,282,809	
	4-南區分區	3,112,074,157(BF)	0.91853798	-----	1,333,456,099	634,976
	5-高屏分區	162,318,027	0.91853798	149,095,273	69,798,910	
	6-東區分區	5,752,953	0.91853798	5,284,306	3,072,271	
	7-合計	3,611,408,013(GF)		458,657,112(AF)	1,536,961,526(BG)	634,976(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	90,277,647	0.90222884	81,451,097	32,120,852	
	2-北區分區	45,277,376	0.90222884	40,850,554	17,519,993	
	3-中區分區	73,776,056	0.90222884	66,562,885	29,249,558	
	4-南區分區	162,743,509	0.90222884	146,831,887	68,326,212	
	5-高屏分區	3,643,594,790(BF)	0.90222884	-----	1,593,602,609	239,830
	6-東區分區	9,158,549	0.90222884	8,263,107	4,606,528	
	7-合計	4,024,827,927(GF)		343,959,530(AF)	1,745,425,752(BG)	239,830(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	31,926,984	1.05870711	33,801,325	11,984,711	
	2-北區分區	14,130,948	1.05870711	14,960,535	6,661,677	
	3-中區分區	10,983,616	1.05870711	11,628,432	4,734,894	
	4-南區分區	12,968,376	1.05870711	13,729,712	2,820,623	
	5-高屏分區	13,191,029	1.05870711	13,965,436	6,028,787	
	6-東區分區	370,600,503(BF)	1.05870711	-----	200,934,291	74,864
	7-合計	453,801,456(GF)		88,085,440(AF)	233,164,983(BG)	74,864(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	= [5,264,846,069 - 795,849,610 - (1,658,493,752 - 8,839,143) - 912,849] / 3,281,087,553 = 0.85899232(點值排序:5)
中區分區	= [6,230,805,330 - 384,778,110 - (1,950,925,196 - 10,085,098) - 660,763] / 4,484,145,726 = 0.87074029(點值排序:4)
南區分區	= [4,792,437,827 - 458,657,112 - (1,536,961,526 - 6,714,057) - 634,976] / 3,112,074,157 = 0.90065279(點值排序:2)
高屏分區	= [5,348,252,836 - 343,959,530 - (1,745,425,752 - 10,871,304) - 239,830] / 3,643,594,790 = 0.89732784(點值排序:3)
東區分區	= [662,982,567 - 88,085,440 - (233,164,983 - 1,791,872) - 74,864] / 370,600,503 = 0.92673687(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(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)
 = [22,299,324,629 - (7,124,971,209 - 38,301,474) - 2,523,282] / 17,203,907,433 = 0.88410913(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)
 = 27,151,351

4. R值占率前進而減少預算分區之減少費用

分區	112年第4季 R值前進1% 各分區預算	112年第4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	11,030,843,587	11,028,450,762	-
北區分區	5,183,061,616	5,166,826,707	0
中區分區	6,135,178,481	6,134,954,050	0
南區分區	4,716,150,378	4,727,312,497	11,162,119
高屏分區	5,283,824,328	5,289,141,351	5,317,023
東區分區	655,432,892	657,805,915	2,373,023
合計	33,004,491,282	33,004,491,282	18,852,165

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：113/05/17

112年第4季

結算主要費用年月起迄：112/10-112/12

核付截止日期：113/03/31

頁次：43

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	11,169,487,263	77,564,121		-	-	11,247,051,384	
北區	5,264,846,069			-	0	5,264,846,069	0.85899232 (點值排序：4)
中區	6,230,805,330			-	0	6,230,805,330	0.87074029 (點值排序：3)
南區	4,792,437,827			-	11,162,119	4,803,599,946	0.90423950 (點值排序：1)
高屏	5,348,252,836			-	5,317,023	5,353,569,859	0.89878712 (點值排序：2)
東區	662,982,567			27,151,351	2,373,023	692,506,941	
合計	33,468,811,892	77,564,121	77,564,121	27,151,351	18,852,165	33,592,379,529	

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 撥補後支用金額	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			11,247,051,384		77,564,121	0	11,247,051,384	0.81297363
北區		22,092,423	5,286,938,492	0.86572558(點值排序：4)	22,092,423	0	5,286,938,492	0.86572558
中區		9,468,182	6,240,273,512	0.87285177(點值排序：3)	9,468,182	0	6,240,273,512	0.87285177
南區		0	4,803,599,946	0.90423950(點值排序：1)	11,162,119	0	4,803,599,946	0.90423950
高屏		0	5,353,569,859	0.89878712(點值排序：2)	5,317,023	0	5,353,569,859	0.89878712
東區			692,506,941		29,524,374	0	692,506,941	1.00640318
合計	31,560,605	31,560,605	33,623,940,134		155,128,242	0	33,623,940,134	

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）：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	= [11,247,051,384 + 444,456 - 1,594,600,125 - (3,392,720,285 - 14,130,752) - 433,090] / 7,716,644,665 = 0.81303123
北區分區	= [5,286,938,492 + 3,985,624 - 795,849,610 - (1,658,493,752 - 8,839,143) - 912,849] / 3,281,087,553 = 0.86694031
中區分區	= [6,240,273,512 + 2,748,684 - 384,778,110 - (1,950,925,196 - 10,085,098) - 660,763] / 4,484,145,726 = 0.87346475
南區分區	= [4,803,599,946 + 13,000,520 - 458,657,112 - (1,536,961,526 - 6,714,057) - 634,976] / 3,112,074,157 = 0.90841695
高屏分區	= [5,353,569,859 + 11,271,978 - 343,959,530 - (1,745,425,752 - 10,871,304) - 239,830] / 3,643,594,790 = 0.90188076
東區分區	= [692,506,941 + 21,136,813 - 88,085,440 - (233,164,983 - 1,791,872) - 74,864] / 370,600,503 = 1.06343714

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [33,623,940,134 + 52,588,075 - (10,517,691,494 - 52,432,226) - 2,956,372] / 26,869,327,902 = 0.86374742$$

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。

3. 一般服務分區平均點值 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]
/[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)]
- 臺北分區 = [11,247,051,384 + 444,456] / [9,665,420,469 + 3,392,720,285 - 14,130,752 + 433,090] = 0.86224423
 北區分區 = [5,286,938,492 + 3,985,624] / [4,192,494,871 + 1,658,493,752 - 8,839,143 + 912,849] = 0.90550534
 中區分區 = [6,240,273,512 + 2,748,684] / [4,921,375,166 + 1,950,925,196 - 10,085,098 + 660,763] = 0.90968016
 南區分區 = [4,803,599,946 + 13,000,520] / [3,611,408,013 + 1,536,961,526 - 6,714,057 + 634,976] = 0.93666441
 高屏分區 = [5,353,569,859 + 11,271,978] / [4,024,827,927 + 1,745,425,752 - 10,871,304 + 239,830] = 0.93145725
 東區分區 = [692,506,941 + 21,136,813] / [453,801,456 + 233,164,983 - 1,791,872 + 74,864] = 1.04143648
4. 一般服務全區平均點值
= [33,623,940,134 + 52,588,075] / [26,869,327,902 + 10,517,691,494 - 52,432,226 + 2,956,372] = 0.90194815
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)]
/[加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議
+ 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
= [33,623,940,134 + 52,588,075 + 657,507,124] / [26,869,327,902 + 10,517,691,494 - 52,432,226 + 2,956,372 + 654,722,835]
= 0.90371117

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
= 128,066,346 + -1,107,471 + 81,316,093 + 235,518,346 + 39,807,550 + 386,258 + 4,454,040
+ 56,233,836 + 5,391,076 + 35,177,400 + 1,265,100 + 9,206,965 + 496,300 + 2,922,042 + 58,373,243
= 657,507,124
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112/09(含)以前：於113/01/01~113/03/31期間核付者。
費用年月112/10~112/12：於112/10/01~113/03/31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。