

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)110年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$= (109\text{年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 108\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(109\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}) \times (1+3.493\%)$$

$$= (31,191,257,102 + (-45,802,809) + 8,742,875) \times (1+3.493\%)$$

$$= 32,242,413,275(\text{G})$$

(二)110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	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	107年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	108年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	108年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	109年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	110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)
季別				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 3.685\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 3.493\%)$	$(註4)$
第1季	28,720,263,150	70,429,551	11,508,904	29,863,562,734	-35,690,419	8,742,875	30,878,808,159	26,100,987
第2季	28,840,317,591	46,757,134	11,508,904	29,963,496,436	-45,925,397	8,742,875	30,971,640,059	26,209,474
第3季	28,183,562,519	31,559,905	11,508,904	29,266,782,692	-53,013,760	8,742,875	30,243,254,144	25,603,157
第4季	30,026,232,731	44,967,632	11,508,903	31,191,257,102	-45,802,809	8,742,875	32,242,413,275	27,298,243
合計	115,770,375,991	193,714,222	46,035,615	120,285,098,964	-180,432,385	34,971,500	124,336,115,637	105,211,861

項目	110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)	110年各季 預算占率 (C)	110年風險 調整移撥款 (F2)	扣減 新醫療科技 項目未導入 預算 (B5)	110年各季調整後 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D1)
季別	$= (G) - (F1)$	$(註6)$	$= 6\text{億} \times (C)$ (註6)	$(註7)$	$= (D) - (F2) - (B5)$
第1季	30,852,707,172	0.24834970	149,009,820	0	30,703,697,352
第2季	30,945,430,585	0.24909608	149,457,648	0	30,795,972,937
第3季	30,217,650,987	0.24323779	145,942,674	19,500,000	30,052,208,313
第4季	32,215,115,032	0.25931643	155,589,858	19,500,000	32,040,025,174
合計	124,230,903,776	1.00000000	600,000,000	39,000,000	123,591,903,776

註：

1. 109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (108年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+108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+3.685%)。

2. 110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)

= (109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B2)+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(B4)) × (1+3.493%)。

※一般服務成長率為3.493%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.954%，協商因素成長率0.539%。

3. 依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後109年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3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。

※110年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 34,971,500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110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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110年度之品質保證保留款(115.8百萬元)合併運用(計221百萬元)。

5. 依據衛生福利部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」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，用於保障東區浮動點值每點1元及撥補點值落後地區。

6. 風險調整移撥款(F2)：依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元，並依110年西醫基層總額四季預算占率(C)提列。

※110年各季預算占率(C)：依110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。

7. 扣減新醫療科技項目未導入預算(B5)：依據110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，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。援例於未結算之季別扣減新增診療項目未導入預算39,000,000元，110年第3、4季分別扣減19,500,000元。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。

## (三)110年各季門診透析服務預算

$$\begin{aligned}
 &= 109年各季西醫基層門診透析服務預算 \times (1+4.992\%) \\
 &= 4,883,018,542 \times (1+4.992\%) \\
 &= 5,126,778,828
 \end{aligned}$$

## (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：	4,163,320
北區分區：	1,919,120
中區分區：	1,883,840
南區分區：	1,964,480
高屏分區：	614,880
東區分區：	0
小計：	10,545,640

## 第2季已結算金額：

臺北分區：	3,939,600
北區分區：	1,956,360
中區分區：	1,785,280
南區分區：	1,867,040
高屏分區：	614,040
東區分區：	0
小計：	10,162,320

## 第3季已結算金額：

臺北分區：	4,491,200
北區分區：	2,052,680
中區分區：	1,928,920
南區分區：	2,223,480
高屏分區：	622,440
東區分區：	0
小計：	11,318,720

## 第4季已結算金額：

臺北分區：	3,880,240
北區分區：	2,106,440
中區分區：	1,941,520
南區分區：	2,233,560
高屏分區：	707,560
東區分區：	0
小計：	10,869,320

## 全年已結算金額：

臺北分區：	16,474,360
北區分區：	8,034,600
中區分區：	7,539,560
南區分區：	8,288,560
高屏分區：	2,558,920
東區分區：	0
小計：	42,896,000

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：	-2,268	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	-2,268
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	-2,268	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	-2,268

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	123,130,250	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	123,130,250
第2季已支用點數：	158,827,590	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	158,827,590
第3季已支用點數：	128,187,070	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	128,187,070
第4季已支用點數：	148,141,500	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	148,141,500
全年已支用點數：	558,286,410	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	558,286,410

3. 合計

門診第1季已支用點數：	123,127,982	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	123,127,982
第2季已支用點數：	158,827,590	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	158,827,590
第3季已支用點數：	128,187,070	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	128,187,070
第4季已支用點數：	148,141,500	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	148,141,500
全年已支用點數：	558,284,142	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	558,284,142

4. 藥品給付協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	34,111,492	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	34,111,492
門診第4季金額：	34,404,790	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	34,404,790
全年合計金額：	68,516,282	全年合計金額：	0	全年合計金額：	68,516,282

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 558,284,142

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)  
= 292,000,000 - (558,284,142 - 68,516,282)  
= 292,000,000 - 489,767,860  
= -197,767,860(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110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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= 3,670,000,000

## 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

## 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： 139,491

第2季已支用點數： 48,437

第3季已支用點數： 92,050

第4季已支用點數： 40,100

全年已支用點數： 320,078

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 320,078

## 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： -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： 667,935,909

全年已支用點數：1,313,908,478

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,313,908,478

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,356,091,522

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點之社區醫療群品質提升費用」後，「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。

## [補充]：

## 109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： -2,592,685

第2季已支用點數： 622,379,276

第3季已支用點數： -802,417

第4季已支用點數： 626,426,406

全年已支用點數：1,245,410,580

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,245,410,580

已結算金額 = 1,245,410,580

## 2. 績效獎勵費用

結算年109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110年已支用點數： 1,976,690,055(傳票日期:110/06/25前核付)

合計已支用點數 = 1,976,690,055

已結算金額 = 1,976,690,055

## 3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	41,200	結算金額：	38,250
第2季：已支用點數：	93,100	結算金額：	86,431
第3季：已支用點數：	30,500	結算金額：	28,320
第4季：已支用點數：	115,100	結算金額：	106,857
全年：已支用點數：	279,900	結算金額：	259,858
暫結金額	= 1元/點×已支用點數 =		279,900
已結算金額	=		259,858

## 4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年109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110年已支用點數：	277,639,483
合計已支用點數	= 277,639,483
已結算金額	= 277,639,483(傳票日期:110/06/25前核付)

## 5. 合計：

結算年109年第1季已支用點數：	-2,551,485
第2季已支用點數：	622,472,376
第3季已支用點數：	-771,917
第4季已支用點數：	626,541,506
全年已支用點數：	1,245,690,480
結算年110年已支用點數：	2,254,329,538(傳票日期:110/06/25前核付)

109年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,499,999,976

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 3,500,000,000 - 3,499,999,976 = 24 (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) = 0.92835068
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	2,318,981	收入	3,388,991 (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	20,294,200 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,843,762 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	1,613,024 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	7,071,243 (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	90,451 (J8)	點值補助差額	90,451 (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= 37,211,220

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= 42,063,780

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 90,451

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)= 37,301,671

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 41,973,329

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 41,973,329= 121,248,329

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	-367,334	收入	1,385,799 (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	19,953,100 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	4,693,705 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	721,290 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	6,778,382 (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	21,064 (K8)	點值補助差額	21,064 (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= 33,532,276

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= 87,716,053

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 21,064

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)= 33,553,340

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 87,694,989

## 第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 87,694,989= 166,969,989

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1：	點數	128,289	收入	1,110,262 (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	21,297,000 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4：			已支用點數	4,732,612 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5：			點值補助差額	0 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6：			已支用點數	5,661,224 (L6)
(5)診察費及診療費點值差額L7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)

不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(L2+L3+L4+L6已支用點數)+L5= 32,801,098

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= 134,168,891

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(L7)= 32,801,098

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 134,168,891

## 第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+134,168,891= 213,443,891

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1：	點數	-440	收入	-440 (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	20,779,400 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4：			已支用點數	4,995,427 (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	6,319,352 (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= 32,093,739

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= 181,350,152

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)= 32,093,739

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 181,350,152

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

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	2,079,496	收入	5,884,612 (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	82,323,700 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	19,265,506 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	2,334,314 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	25,830,201 (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	111,515 (N8)	點值補助差額	111,515 (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=135,638,333

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  
=181,461,667

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 111,515

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)=135,749,848

結算金額=第1-4季結算金額

= 37,301,671+ 33,553,340+ 32,801,098+ 32,093,739 = 135,749,848

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 181,350,152

註：

依據110年2月2日健保醫字第1100032693號公告「110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 = 655,000,000

## 1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,085,000

第2季已支用點數： 9,520,600

第3季已支用點數： 7,976,200

第4季已支用點數： 9,398,750

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 37,980,550

## 2. 糖尿病

第1季已支用點數： 103,639,530

第2季已支用點數： 100,817,580

第3季已支用點數： 109,231,140

第4季已支用點數： 181,615,745

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 495,303,995

## 3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 167,571

第2季已支用點數： 158,869

第3季已支用點數： 157,100

第4季已支用點數： 845,080

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,328,620

## 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： 3,276,100

第2季已支用點數： 2,975,000

第3季已支用點數： 3,664,800

第4季已支用點數： 6,289,900

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 16,205,800

## 5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,515,200

第2季已支用點數： 3,895,200

第3季已支用點數： 2,359,800

第4季已支用點數： 1,179,600

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 9,949,800

## 6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 99,400

第2季已支用點數： 56,000

第3季已支用點數： 69,000

第4季已支用點數： 180,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 404,800

## 7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 219,600

第2季已支用點數： 236,800

第3季已支用點數： 234,800

第4季已支用點數： 283,675

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 974,875

## 8. 合計

第1季已支用點數： 121,002,401

第2季已支用點數： 117,660,049

第3季已支用點數： 123,692,840

第4季已支用點數： 199,793,150

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 562,148,440

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 92,851,560

## =====

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算= 920,000,000

第1季：	110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：28,737,566	臺北分區：2,330,691	臺北分區：26,406,875
	北區分區：10,519,073	北區分區：199,622	北區分區：10,319,451
	中區分區：27,411,076	中區分區：2,240,454	中區分區：25,170,622
	南區分區：21,146,820	南區分區：1,183,590	南區分區：19,963,230
	高屏分區：13,433,550	高屏分區：86,532	高屏分區：13,347,018
	東區分區：1,433,856	東區分區：32,576	東區分區：1,401,280
	小計：102,681,941	小計：6,073,465	小計：96,608,476

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 96,608,476

第2季：	110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：22,488,089	臺北分區：1,924,633	臺北分區：20,563,456
	北區分區：10,414,690	北區分區：288,249	北區分區：10,126,441
	中區分區：28,263,319	中區分區：2,408,500	中區分區：25,854,819
	南區分區：20,292,226	南區分區：966,820	南區分區：19,325,406
	高屏分區：13,231,314	高屏分區：101,450	高屏分區：13,129,864
	東區分區：1,346,736	東區分區：47,082	東區分區：1,299,654
	小計：96,036,374	小計：5,736,734	小計：90,299,640

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 90,299,640

第3季：	110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：28,030,393	臺北分區：1,767,015	臺北分區：26,263,378
	北區分區：12,451,749	北區分區：310,094	北區分區：12,141,655
	中區分區：34,695,874	中區分區：2,795,964	中區分區：31,899,910
	南區分區：24,241,292	南區分區：911,899	南區分區：23,329,393
	高屏分區：15,727,783	高屏分區：85,980	高屏分區：15,641,803
	東區分區：1,366,942	東區分區：57,772	東區分區：1,309,170
	小計：116,514,033	小計：5,928,724	小計：110,585,309

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 110,585,309

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：14

第4季：	110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：27,923,308	臺北分區：1,918,442	臺北分區：26,004,866
	北區分區：13,242,367	北區分區：321,274	北區分區：12,921,093
	中區分區：33,106,431	中區分區：2,700,314	中區分區：30,406,117
	南區分區：26,471,480	南區分區：1,006,516	南區分區：25,464,964
	高屏分區：15,695,189	高屏分區：118,935	高屏分區：15,576,254
	東區分區：1,281,078	東區分區：43,564	東區分區：1,237,514
	小計：117,719,853	小計：6,109,045	小計：111,610,808

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 111,610,808

全年：	110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：107,179,356	臺北分區：7,940,781	臺北分區：99,238,575
	北區分區：46,627,879	北區分區：1,119,239	北區分區：45,508,640
	中區分區：123,476,700	中區分區：10,145,232	中區分區：113,331,468
	南區分區：92,151,818	南區分區：4,068,825	南區分區：88,082,993
	高屏分區：58,087,836	高屏分區：392,897	高屏分區：57,694,939
	東區分區：5,428,612	東區分區：180,994	東區分區：5,247,618
	小計：432,952,201	小計：23,847,968	小計：409,104,233

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 409,104,233

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 510,895,767

註：

1. 依據衛生福利部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:

預算=258,000,000/4= 64,500,000

已支用點數：36,444,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 36,444,650

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 28,055,350

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 28,055,350= 92,555,350

已支用點數：31,571,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 31,571,750

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額  
= 60,983,600

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 60,983,600=125,483,600

已支用點數：30,797,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 30,797,600

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額  
= 94,686,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 94,686,000=159,186,000

已支用點數：44,710,900

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 44,710,900

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額  
= 114,475,100

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數：143,524,900

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 36,444,650 + 31,571,750 + 30,797,600 + 44,710,900 = 143,524,900

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 143,524,900 = 114,475,100

註:依據衛生福利部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： 52,588,075

結算金額 = 177,513,891

註：依據衛生福利部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 = 55,000,000(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

門診第1季已支用點數：	63,479	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	63,479
第2季已支用點數：	67,164	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	67,164
第3季已支用點數：	69,253	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	69,253
第4季已支用點數：	75,811	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	75,811
全年已支用點數：	275,707	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	275,707

#### 1.2 藥品給付協議

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議  
 = 275,707 - 0  
 = 275,707

### 2. 血友病藥費

#### 2.1 已支用點數

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：17

2.2藥品給付協議

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

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

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

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

4. 合計

4.1已支用點數

門診第1季已支用點數：	63,479	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	63,479
第2季已支用點數：	67,164	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	67,164
第3季已支用點數：	69,253	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	69,253
第4季已支用點數：	75,811	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	75,811
全年已支用點數：	275,707	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	275,707

4.2藥品給付協議

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 275,707 & &= 55,000,000 - (275,707 - 0) \\ & & &= 55,000,000 - 275,707 \\ & & &= 54,724,293 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：18

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部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、器官移植專款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。

(九)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 55,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數

門診第1季已支用點數：	100,744	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	100,744
第2季已支用點數：	43,544	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	43,544
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：	144,288	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	144,288

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：	631	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	631
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：	631	全年金額：	0	全年金額：	631

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 144,288 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 55,000,000 - (144,288 - 631) \\ &= 55,000,000 - 143,657 \\ &= 54,856,343 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部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、器官移植專款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： 322,593  
 第2季已支用點數： 294,926  
 第3季已支用點數： 274,810  
 第4季已支用點數： 298,517  
 全年已支用點數： 1,190,846

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 1,190,846

## 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： 4,980  
 第2季已支用點數： 2,394  
 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： 7,374

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 7,374

## 4. 合計

第1季已支用點數(BQ\_q1)： 327,573  
 第2季已支用點數(BQ\_q2)： 297,320  
 第3季已支用點數(BQ\_q3)： 274,810  
 第4季已支用點數(BQ\_q4)： 298,517  
 全年已支用點數： 1,198,220

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
 = 1,198,220

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額  
 = 9,801,780

註：依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，「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」併入一般服務費用結算。

=====

(十一)網路頻寬補助費用 全年預算 = 214,000,000

第1季已支用點數： 54,207,191  
 第2季已支用點數： 54,601,212  
 第3季已支用點數： 54,790,894  
 第4季已支用點數： 55,286,339  
 全年已支用點數： 218,885,636

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 218,885,636  
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 214,000,000 - 218,885,636 = -4,885,636(預算不足，由其他預算支應)

註：依據衛生福利部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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」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： 2,486,580

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,486,580  
 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 10,013,420

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 10,013,420 = 22,513,420  
 已支用點數： 4,312,522

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,312,522  
 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 18,200,898

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 18,200,898 = 30,700,898  
 已支用點數： 4,919,535

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,919,535  
 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = 25,781,363

=====  
第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 25,781,363 = 38,281,363

已支用點數：7,739,252

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 7,739,252

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額  
= 30,542,111

## 全年合計

全年預算 = 50,000,000

已支用點數：

暫結金額 = 2,486,580 + 4,312,522 + 4,919,535 + 7,739,252 = 19,457,889

未支用金額 = 50,000,000 - 19,457,889 = 30,542,111

註：依據110年1月28日健保醫字第1100001049號公告「110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。

## (十三)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+110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%)+115,800,000

=(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%+115,800,000

= 26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+115,800,000

=221,011,861

※依據衛生福利部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110年度之品質保證保留款(115.8百萬元)合併運用(計221百萬元)。

(十四)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算= 1,000,000,000

第1季：

原預算= 1,000,000,000/4= 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(JA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(JC)			
(A)轉診成功	153,004,054	153,004,054	153,004,054
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	150,238,558	150,238,558	150,238,558
(C)自行就醫_住診	702,518	702,518	702,518
(D)小計	303,945,130	303,945,130	303,945,130
(4)合計	303,945,130	303,945,130	303,945,130

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 303,945,130 = 303,945,130

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算= 250,000,000

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

第2季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 1,000,000,000/4 + 0 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(KC)			
(A)轉診成功	142,093,648	142,093,648	142,093,648
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	201,732,981	201,732,981	201,732,981
(C)自行就醫_住診	812,844	812,844	812,844
(D)小計	344,639,473	344,639,473	344,639,473
(4)合計	344,639,473	344,639,473	344,639,473

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 344,639,473 = 344,639,473

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算= 250,000,000

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

## 第3季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 1,000,000,000/4 + 0 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(LC)			
(A)轉診成功	125,979,352	125,979,352	125,979,352
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	201,422,614	201,422,614	201,422,614
(C)自行就醫_住診	686,250	686,250	686,250
(D)小計	328,088,216	328,088,216	328,088,216
(4)合計	328,088,216	328,088,216	328,088,216

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 328,088,216 = 328,088,216

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算= 250,000,000

未支用金額=第3季原預算-結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

## 第4季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 1,000,000,000/4 + 0 = 250,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(MC)			
(A)轉診成功	129,167,524	129,167,524	129,167,524
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	160,554,183	160,554,183	160,554,183
(C)自行就醫_住診	876,058	876,058	876,058
(D)小計	290,597,765	290,597,765	290,597,765
(4)合計	290,597,765	290,597,765	290,597,765

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 290,597,765 = 290,597,765

「基層總額轉診型態調整費用」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，結算金額為當季預算= 250,000,000

未支用金額=第4季原預算-結算金額 = 250,000,000 - 250,000,000 = 0

全年合計：

原預算 = 1,000,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1) 支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2) 支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3) 基層總額轉診型態調整費用-轉診案件(NC)			
(A) 轉診成功	550,244,578	550,244,578	550,244,578
(B) 自行就醫_門診(含門診的急診)	713,948,336	713,948,336	713,948,336
(C) 自行就醫_住診	3,077,670	3,077,670	3,077,670
(D) 小計	1,267,270,584	1,267,270,584	1,267,270,584
(4) 合計	1,267,270,584	1,267,270,584	1,267,270,584

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 1,267,270,584 = 1,267,270,584

「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 = 250,000,000 + 250,000,000 + 250,000,000 + 250,000,000 = 1,000,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 1,000,000,000 - 1,000,000,000 = 0

註：

- 依據衛生福利部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「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之經費。
- 依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」110年結算方式比照109年方式辦理。
  - 各季預算先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」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。
  - 當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算(詳頁次28~29)。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)110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	110Q4	110Q4	105Q4	106Q4	107Q4	108Q4	110Q4	110Q4	105Q4	106Q4	107Q4	108Q4	110Q4
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36746	0.32805	0.32669	0.32871	0.32746	0.32934	0.36352	0.91373	0.90493	0.91031	0.91567	0.92401	0.33173
北區分區	0.15768	0.15878	0.15770	0.15599	0.16094	0.16050	0.15779	1.06968	1.07249	1.06533	1.07163	1.06927	0.16857
中區分區	0.17923	0.18649	0.18540	0.18775	0.18604	0.18678	0.17996	1.04304	1.05040	1.05176	1.03665	1.03336	0.18746
南區分區	0.13221	0.14092	0.14313	0.14057	0.14091	0.13908	0.13308	1.02767	1.03409	1.03461	1.02369	1.01829	0.13659
高屏分區	0.14275	0.15913	0.15948	0.16032	0.15788	0.15883	0.14439	1.08923	1.09023	1.08430	1.09460	1.08779	0.15707
東區分區	0.02067	0.02663	0.02760	0.02666	0.02677	0.02547	0.02126	0.87507	0.87989	0.88704	0.88103	0.85232	0.01858
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)110年第4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	= 32,040,025,174 × (68% × 0.33173(R)+ 32% × 0.32922(S)) = 10,602,903,003
北區分區一般服務預算總額	= 32,040,025,174 × (68% × 0.16857(R)+ 32% × 0.12310(S)) = 4,934,791,861
中區分區一般服務預算總額	= 32,040,025,174 × (68% × 0.18746(R)+ 32% × 0.18542(S)) = 5,985,307,391
南區分區一般服務預算總額	= 32,040,025,174 × (68% × 0.13659(R)+ 32% × 0.16623(S)) = 4,680,240,269
高屏分區一般服務預算總額	= 32,040,025,174 × (68% × 0.15707(R)+ 32% × 0.17121(S)) = 5,177,501,460
東區分區一般服務預算總額	= 32,040,025,174 × (68% × 0.01858(R)+ 32% × 0.02482(S)) = 659,281,190

總計

32,040,025,174

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10—110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：26

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別、因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

108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110年六分區地區預算分配扣除項目。

110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—1,919,569元；北區分區—4,210,512元；中區分區—5,187,119元；

南區分區—5,542,198元；高屏分區—1,510,739元；東區分區—163,878元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 108年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24807955	0.24911656	0.24344373	0.25936016	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,134,074,629	10,259,136,375	9,937,568,078	10,602,903,003	40,933,682,085
	北區分區	4,685,187,712	4,743,725,442	4,638,197,727	4,934,791,861	19,001,902,742
	中區分區	5,843,589,087	5,794,052,895	5,648,144,260	5,985,307,391	23,271,093,633
	南區分區	4,489,482,345	4,487,983,365	4,368,569,314	4,680,240,269	18,026,275,293
	高屏分區	4,916,546,213	4,864,384,064	4,828,872,978	5,177,501,460	19,787,304,715
	東區分區	634,817,366	646,690,796	630,855,956	659,281,190	2,571,645,308
	小計	30,703,697,352	30,795,972,937	30,052,208,313	32,040,025,174	123,591,903,776
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	476,206	478,196	467,307	497,860	1,919,569
(BK)=各分區(應減列金額K)×108年	北區分區	1,044,542	1,048,908	1,025,023	1,092,039	4,210,512
各季預算占率(Ra)	中區分區	1,286,818	1,292,197	1,262,772	1,345,332	5,187,119
	南區分區	1,374,906	1,380,653	1,349,213	1,437,426	5,542,198
	高屏分區	374,783	376,350	367,780	391,826	1,510,739
	東區分區	40,655	40,825	39,895	42,503	163,878
	小計(KS)	4,597,910	4,617,129	4,511,990	4,806,986	18,534,015
4. 108年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32857264	0.33132240	0.32994535	0.33028965	
(註2)	北區分區	0.15123339	0.15191779	0.15192372	0.15128334	
	中區分區	0.18982640	0.18776057	0.18734509	0.18713169	
	南區分區	0.14885338	0.14915276	0.14842335	0.14809932	
	高屏分區	0.15930057	0.15729139	0.16026040	0.16142529	
	東區分區	0.02221362	0.02255509	0.02210209	0.02177071	
	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：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：27

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)×108年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	1,510,747	1,529,758	1,488,710	1,587,698	6,116,913
	北區分區	695,358	701,424	685,478	727,217	2,809,477
	中區分區	872,805	866,915	845,299	899,539	3,484,558
	南區分區	684,414	688,658	669,685	711,911	2,754,668
	高屏分區	732,450	726,235	723,093	775,969	2,957,747
	東區分區	102,136	104,139	99,725	104,652	410,652
	小計	4,597,910	4,617,129	4,511,990	4,806,986	18,534,015
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	10,135,109,170	10,260,187,937	9,938,589,481	10,603,992,841	40,937,879,429
	北區分區	4,684,838,528	4,743,377,958	4,637,858,182	4,934,427,039	19,000,501,707
	中區分區	5,843,175,074	5,793,627,613	5,647,726,787	5,984,861,598	23,269,391,072
	南區分區	4,488,791,853	4,487,291,370	4,367,889,786	4,679,514,754	18,023,487,763
	高屏分區	4,916,903,880	4,864,733,949	4,829,228,291	5,177,885,603	19,788,751,723
	東區分區	634,878,847	646,754,110	630,915,786	659,343,339	2,571,892,082
小計	30,703,697,352	30,795,972,937	30,052,208,313	32,040,025,174	123,591,903,776	
7. 各分區強化基層照護能力開放表別 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	26,406,875	20,563,456	26,263,378	26,004,866	99,238,575
	北區分區	10,319,451	10,126,441	12,141,655	12,921,093	45,508,640
	中區分區	25,170,622	25,854,819	31,899,910	30,406,117	113,331,468
	南區分區	19,963,230	19,325,406	23,329,393	25,464,964	88,082,993
	高屏分區	13,347,018	13,129,864	15,641,803	15,576,254	57,694,939
	東區分區	1,401,280	1,299,654	1,309,170	1,237,514	5,247,618
小計	96,608,476	90,299,640	110,585,309	111,610,808	409,104,233	
8. 調整強化基層照護能力開放表別後 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	10,161,516,045	10,280,751,393	9,964,852,859	10,629,997,707	41,037,118,004
	北區分區	4,695,157,979	4,753,504,399	4,649,999,837	4,947,348,132	19,046,010,347
	中區分區	5,868,345,696	5,819,482,432	5,679,626,697	6,015,267,715	23,382,722,540
	南區分區	4,508,755,083	4,506,616,776	4,391,219,179	4,704,979,718	18,111,570,756
	高屏分區	4,930,250,898	4,877,863,813	4,844,870,094	5,193,461,857	19,846,446,662
	東區分區	636,280,127	648,053,764	632,224,956	660,580,853	2,577,139,700
小計	30,800,305,828	30,886,272,577	30,162,793,622	32,151,635,982	124,001,008,009	

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：28

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	79,408	85,710	70,991	71,626	307,735
	北區分區	34,804	20,183	27,193	26,924	109,104
	中區分區	55,741	54,017	34,835	61,423	206,016
	南區分區	90,387	100,233	105,057	98,800	394,477
	高屏分區	62,210	34,901	34,305	36,836	168,252
	東區分區	5,023	2,276	2,429	2,908	12,636
小計		327,573	297,320	274,810	298,517	1,198,220
		(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	10,161,595,453	10,280,837,103	9,964,923,850	10,630,069,333	41,037,425,739
	北區分區	4,695,192,783	4,753,524,582	4,650,027,030	4,947,375,056	19,046,119,451
	中區分區	5,868,401,437	5,819,536,449	5,679,661,532	6,015,329,138	23,382,928,556
	南區分區	4,508,845,470	4,506,717,009	4,391,324,236	4,705,078,518	18,111,965,233
	高屏分區	4,930,313,108	4,877,898,714	4,844,904,399	5,193,498,693	19,846,614,914
	東區分區	636,285,150	648,056,040	632,227,385	660,583,761	2,577,152,336
小計		30,800,633,401	30,886,569,897	30,163,068,432	32,151,934,499	124,002,206,229
		(BZ1_q1)	(BZ1_q2)	(BZ1_q3)	(BZ1_q4)	(加總BZ1)
11. 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	80,305,249	112,673,637	112,645,328	77,229,609	382,853,823
	北區分區	56,815,795	57,302,207	48,684,234	48,126,787	210,929,023
	中區分區	60,514,932	61,724,110	58,371,638	56,578,943	237,189,623
	南區分區	52,013,679	55,146,676	54,778,803	57,174,684	219,113,842
	高屏分區	47,388,694	49,639,250	46,678,318	45,645,341	189,351,603
	東區分區	6,906,781	8,153,593	6,929,895	5,842,401	27,832,670
小計		303,945,130	344,639,473	328,088,216	290,597,765	1,267,270,584

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄：110/10-110/12

核付截止日期：111/03/31

頁次：29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BZ2_q1)	(BZ2_q2)	(BZ2_q3)	(BZ2_q4)	(加總BZ2)
12. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」之比例 (BZ2)=BZ1/加總BZ1(註4)	臺北分區	26.420969%	32.693190%	34.333854%	26.576119%	
	北區分區	18.692780%	16.626710%	14.838763%	16.561307%	
	中區分區	19.909821%	17.909762%	17.791446%	19.469848%	
	南區分區	17.112852%	16.001265%	16.696364%	19.674853%	
	高屏分區	15.591200%	14.403240%	14.227368%	15.707396%	
	東區分區	2.272378%	2.365833%	2.112205%	2.010477%	
	小計	100.000000%	100.000000%	100.000000%	100.000000%	
13. 「基層總額轉診型態調整費」預算 (BZ3)		250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	1,000,000,000
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
14. 調整「基層總額轉診型態調整費用」 (BZ)=BZ2 ×BZ3	臺北分區	66,052,423	81,732,975	85,834,635	66,440,298	300,060,331
	北區分區	46,731,950	41,566,775	37,096,908	41,403,268	166,798,901
	中區分區	49,774,553	44,774,405	44,478,615	48,674,620	187,702,193
	南區分區	42,782,130	40,003,163	41,740,910	49,187,133	173,713,336
	高屏分區	38,978,000	36,008,100	35,568,420	39,268,490	149,823,010
	東區分區	5,680,944	5,914,582	5,280,512	5,026,191	21,902,229
	小計	250,000,000	250,000,000	250,000,000	250,000,000	1,000,000,000
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
15. 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	10,227,647,876	10,362,570,078	10,050,758,485	10,696,509,631	41,337,486,070
	北區分區	4,741,924,733	4,795,091,357	4,687,123,938	4,988,778,324	19,212,918,352
	中區分區	5,918,175,990	5,864,310,854	5,724,140,147	6,064,003,758	23,570,630,749
	南區分區	4,551,627,600	4,546,720,172	4,433,065,146	4,754,265,651	18,285,678,569
	高屏分區	4,969,291,108	4,913,906,814	4,880,472,819	5,232,767,183	19,996,437,924
	東區分區	641,966,094	653,970,622	637,507,897	665,609,952	2,599,054,565
	小計	31,050,633,401	31,136,569,897	30,413,068,432	32,401,934,499	125,002,206,229

註：

1. 110年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議辦理。108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。
2. 108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。
3. 依據衛生福利部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。
4. 依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」110年結算方式比照109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	5,716,869,582(BF)	1.07522844	-----	2,232,020,175	432,045
	2-北區分區	550,976,101	1.07522844	592,425,174	234,689,351	
	3-中區分區	349,244,892	1.07522844	375,518,040	141,060,456	
	4-南區分區	226,484,063	1.07522844	243,522,106	94,508,224	
	5-高屏分區	291,474,531	1.07522844	313,401,705	119,885,316	
	6-東區分區	36,847,601	1.07522844	39,619,589	20,050,073	
	7-合計	7,171,896,770(GF)		1,564,486,614(AF)	2,842,213,595(BG)	432,045(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	348,458,680	1.16062065	404,428,340	137,570,028	
	2-北區分區	2,538,749,726(BF)	1.16062065	-----	1,132,350,389	434,040
	3-中區分區	152,098,618	1.16062065	176,528,797	64,904,898	
	4-南區分區	101,604,426	1.16062065	117,924,195	40,579,258	
	5-高屏分區	64,306,859	1.16062065	74,635,868	28,177,111	
	6-東區分區	9,479,872	1.16062065	11,002,535	5,445,216	
	7-合計	3,214,698,181(GF)		784,519,735(AF)	1,409,026,900(BG)	434,040(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	109,376,256	1.12788591	123,363,938	43,808,302	
	2-北區分區	72,324,413	1.12788591	81,573,686	32,994,175	
	3-中區分區	3,660,205,561(BF)	1.12788591	-----	1,595,303,941	950,625
	4-南區分區	89,519,150	1.12788591	100,967,388	36,454,428	
	5-高屏分區	54,374,789	1.12788591	61,328,558	21,944,637	
	6-東區分區	5,798,768	1.12788591	6,540,349	3,487,286	
	7-合計	3,991,598,937(GF)		373,773,919(AF)	1,733,992,769(BG)	950,625(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r03

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：111/05/06

110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10-110/12

核付截止日期:111/03/31

頁次：32

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	108,525,924	1.12785330	122,401,322	46,934,166	
	2-北區分區	45,767,946	1.12785330	51,619,529	20,471,535	
	3-中區分區	107,998,684	1.12785330	121,806,672	47,161,804	
	4-南區分區	2,653,775,670(BF)	1.12785330	-----	1,205,847,754	328,056
	5-高屏分區	135,185,182	1.12785330	152,469,054	60,957,673	
	6-東區分區	4,535,813	1.12785330	5,115,732	2,612,586	
	7-合計	3,055,789,219(GF)		453,412,309(AF)	1,383,985,518(BG)	328,056(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	66,671,807	1.09912819	73,280,863	26,552,618	
	2-北區分區	34,479,338	1.09912819	37,897,212	15,083,156	
	3-中區分區	58,116,391	1.09912819	63,877,364	25,494,238	
	4-南區分區	135,271,510	1.09912819	148,680,730	60,514,842	
	5-高屏分區	3,132,209,604(BF)	1.09912819	-----	1,439,981,059	166,939
	6-東區分區	7,778,283	1.09912819	8,549,330	4,203,759	
	7-合計	3,434,526,933(GF)		332,285,499(AF)	1,571,829,672(BG)	166,939(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	23,471,787	1.18831085	27,891,779	11,486,267	
	2-北區分區	12,187,240	1.18831085	14,482,230	6,395,339	
	3-中區分區	9,324,585	1.18831085	11,080,506	4,528,602	
	4-南區分區	11,400,076	1.18831085	13,546,834	2,650,197	
	5-高屏分區	11,054,090	1.18831085	13,135,695	5,346,521	
	6-東區分區	327,844,716(BF)	1.18831085	-----	190,538,813	46,650
	7-合計	395,282,494(GF)		80,137,044(AF)	220,945,739(BG)	46,650(BJ)

## 五、估算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 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]  
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [ 10,696,509,631 - 1,564,486,614 - ( 2,842,213,595 - 9,003,617 + 0) - 432,045 ] / 5,716,869,582 = 1.10171850(點值排序：2)  
 北區分區 = [ 4,988,778,324 - 784,519,735 - ( 1,409,026,900 - 3,137,826 + 951,287) - 434,040 ] / 2,538,749,726 = 1.10171718(點值排序：3)  
 中區分區 = [ 6,064,003,758 - 373,773,919 - ( 1,733,992,769 - 4,394,854 + 536,143) - 950,625 ] / 3,660,205,561 = 1.08167290(點值排序：5)  
 南區分區 = [ 4,754,265,651 - 453,412,309 - ( 1,383,985,518 - 3,219,865 + 422,955) - 328,056 ] / 2,653,775,670 = 1.10006912(點值排序：4)  
 高屏分區 = [ 5,232,767,183 - 332,285,499 - ( 1,571,829,672 - 5,956,751 + 191,627) - 166,939 ] / 3,132,209,604 = 1.06450417(點值排序：6)  
 東區分區 = [ 665,609,952 - 80,137,044 - ( 220,945,739 - 1,406,900 + 0) - 46,650 ] / 327,844,716 = 1.11603879(點值排序：1)

2. 估算浮動點值以每點1.1元為上限，移撥浮動點值高於上限之分區預算至六分區(本季經中央流行疫情指揮中心宣布疫情警戒標準為第二級(含)以上，爰不進行移撥)。

註：依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議「110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，六分區估算浮動點值以每點1.1元為上限，移撥估算浮動點值高於上限之分區費用，依當季六分區預算(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，其攤分至各分區以1次為限，攤分後分區排序不變，受攤分之分區最多攤分至原點值排序前一名之分區浮動點值。如仍有剩餘款，併入風險調整移撥款。自110年第2季起各季中有經中央流行疫情指揮中心宣布疫情警戒標準為第二級(含)以上時，則本項費用不移撥。

3. 風險調整移撥款撥補東區浮動點值至每點1元及點值落後地區之預算

分區	分區 一般服務 預算總額	前一季風險 調整移撥款 未支用金額	110年第4季 風險調整 移撥款	110年第4季 風險調整 移撥合計	撥補東區 浮動點值至 每點1元之預算	撥補點值落 後地區預算 (註2、3)	風險調整 移撥款支 用金額	風險調整 移撥款未 支用金額
	(BD5)	(F3)	(F4)	(F5) =(F3)+(F4)	(W1)	(W2)	(W) =(W1)+(W2) (註4)	(F6) =(F5)-(W)
臺北	10,696,509,631					0	0	
北區	4,988,778,324					0	0	
中區	6,064,003,758					0	0	
南區	4,754,265,651					0	0	
高屏	5,232,767,183					0	0	
東區	665,609,952				0		0	
合計	32,401,934,499	355,004,250	155,589,858	510,594,108	0	0	0	510,594,108

分區	風險調整移撥款 撥補後一般服 務預算總額	風險調整移撥款 撥補後各分區之 估算浮動點值
	(BD6) =(BD5)+(W1)+(W2)	(Z) (註5)
臺北	10,696,509,631	1.10171850(點值排序:2)
北區	4,988,778,324	1.10171718(點值排序:3)
中區	6,064,003,758	1.08167290(點值排序:5)
南區	4,754,265,651	1.10006912(點值排序:4)
高屏	5,232,767,183	1.06450417(點值排序:6)
東區	665,609,952	1.11603879(點值排序:1)
合計	32,401,934,499	

4. 風險調整移撥款剩餘款移撥各分區後一般服務預算

分區	各分區 一般服務 預算總額	各分區一般 服務預算 總額占率	風險調整 移撥款未 支用金額	年度風險調整移撥 款未支用金額回歸 至各分區之金額	修正年度風險調整 移撥款後一般 服務預算總額
	(BD1_q4) (註4)	(P)=(BD1_q4) /加總(BD1_q4)	(F6)	(F7) =(F6)×(P)	(BD7) =(BD6)+(F7)
臺北	10,602,903,003	0.33092680		168,969,274	10,865,478,905
北區	4,934,791,861	0.15401960		78,641,500	5,067,419,824
中區	5,985,307,391	0.18680720		95,382,656	6,159,386,414
南區	4,680,240,269	0.14607480		74,584,932	4,828,850,583
高屏	5,177,501,460	0.16159480		82,509,353	5,315,276,536
東區	659,281,190	0.02057680		10,506,393	676,116,345
合計	32,040,025,174	1.00000000	510,594,108	510,594,108	32,912,528,607

- 註：1. 依據110年9月8日西醫基層總額研商議事會議110年第2次會議決議「110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，風險調整移撥款優先撥補東區浮動點值至每點1元後，各區點值重新排序，餘款依點值落後地區撥補方式與比率分配。
2. 點值落後地區係指點值排序第4名、第5名及第6名之分區(共3區)且點值小於每點1元者。
3. 點值落後地區撥補前與撥補後之分區點值排序不變，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。撥補比率如下：  
 (1) 點值排序第6名之地區為臺北區時：第4名分區占15%、第5名分區占25%，第6名分區占60%。  
 (2) 點值排序第6名之地區非臺北區時：第4名分區占20%、第5名分區占40%，第6名分區占40%。  
 (3) 點值落後地區如僅有1或2分區，仍維持上開撥補比率。
4. 當季風險調整移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款，合併撥補當季東區浮動點值至每點1元及點值落後地區預算；如110年第4季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依移撥後之預算(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)占率回歸六分區。
5. 風險調整移撥款撥補後各分區之估算浮動點值(Z)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) - 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 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

## 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」)

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{修正年度風險調整移撥款後一般服務預算總額(BD7)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\ - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

臺北分區	= [ 10,865,478,905 +	444,456 - 1,564,486,614 - (	2,842,213,595 - 9,003,617 +	0) -	432,045 ] /	5,716,869,582 =	1.13135251
北區分區	= [ 5,067,419,824 +	3,985,624 - 784,519,735 - (	1,409,026,900 - 3,137,826 +	951,287) -	434,040 ] /	2,538,749,726 =	1.13426356
中區分區	= [ 6,159,386,414 +	2,748,684 - 373,773,919 - (	1,733,992,769 - 4,394,854 +	536,143) -	950,625 ] /	3,660,205,561 =	1.10848323
南區分區	= [ 4,828,850,583 +	13,000,520 - 453,412,309 - (	1,383,985,518 - 3,219,865 +	422,955) -	328,056 ] /	2,653,775,670 =	1.13307321
高屏分區	= [ 5,315,276,536 +	11,271,978 - 332,285,499 - (	1,571,829,672 - 5,956,751 +	191,627) -	166,939 ] /	3,132,209,604 =	1.09444512
東區分區	= [ 676,116,345 +	21,136,813 - 80,137,044 - (	220,945,739 - 1,406,900 +	0) -	46,650 ] /	327,844,716 =	1.21255767

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{修正年度風險調整移撥款後一般服務預算總額(BD7)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [ 32,912,528,607 + 52,588,075 - ( 9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012) - 2,358,355 ] / 21,263,792,534 = 1.12048600$$

註：1. 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。

2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

$$3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{修正年度風險調整移撥款後一般服務預算總額(BD7)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}]$$

臺北分區	= [ 10,865,478,905 + 444,456 ]	÷ [ 7,171,896,770 + 2,842,213,595 - 9,003,617 + 0 + 432,045 ]	= 1.08599083
北區分區	= [ 5,067,419,824 + 3,985,624 ]	÷ [ 3,214,698,181 + 1,409,026,900 - 3,137,826 + 951,287 + 434,040 ]	= 1.09723832
中區分區	= [ 6,159,386,414 + 2,748,684 ]	÷ [ 3,991,598,937 + 1,733,992,769 - 4,394,854 + 536,143 + 950,625 ]	= 1.07679115
南區分區	= [ 4,828,850,583 + 13,000,520 ]	÷ [ 3,055,789,219 + 1,383,985,518 - 3,219,865 + 422,955 + 328,056 ]	= 1.09116911
高屏分區	= [ 5,315,276,536 + 11,271,978 ]	÷ [ 3,434,526,933 + 1,571,829,672 - 5,956,751 + 191,627 + 166,939 ]	= 1.06514814
東區分區	= [ 676,116,345 + 21,136,813 ]	÷ [ 395,282,494 + 220,945,739 - 1,406,900 + 0 + 46,650 ]	= 1.13398840

$$4. \text{一般服務全區平均點值} = [ 32,912,528,607 + 52,588,075 ] \div [ 21,263,792,534 + 9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012 + 2,358,355 ] = 1.08426730$$

$$5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [ \text{修正年度風險調整移撥款後一般服務預算總額(BD7)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)} ] \\ \div [ \text{加總分區} [ \text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款} \\ + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} ] ] \\ = [ 32,912,528,607 + 52,588,075 + 1,177,620,053 ] \div [ 21,263,792,534 + 9,161,994,193 - 27,119,813 + 2,102,012 + 2,358,355 + 1,177,620,053 ] \\ = 1.08112504$$

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(如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  
= 113,736,710 + 667,935,909 + 32,093,739 + 199,793,150 + 44,710,900 + 75,811 + 0 + 55,286,339 + 7,739,252 + 56,248,243  
= 1,177,620,053
- 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 + 110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110/09(含)以前：於111/01/01~111/03/31期間核付者。  
費用年月110/10~110/12：於110/10/01~111/03/31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。