

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)109年調整後西醫基層一般服務醫療給付費用總額

1. 109年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= (108年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 107年第1季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(108年)第1季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) \times (1+3.685\%) \\ &= (28,720,263,150 + 70,429,551 + 11,508,904) \times (1+3.685\%) \\ &= 29,863,562,734(G) \end{aligned}$$

2. 109年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= (108年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 107年第2季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(108年)第2季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) \times (1+3.685\%) \\ &= (28,840,317,591 + 46,757,134 + 11,508,904) \times (1+3.685\%) \\ &= 29,963,496,436(G) \end{aligned}$$

3. 109年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= (108年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 107年第3季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(108年)第3季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) \times (1+3.685\%) \\ &= (28,183,562,519 + 31,559,905 + 11,508,904) \times (1+3.685\%) \\ &= 29,266,782,692(G) \end{aligned}$$

4. 109年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= (108年第4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額 + 107年第4季校正投保人口預估成長率差值 + 前1年度(108年)第4季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) \times (1+3.685\%) \\ &= (30,026,232,731 + 44,967,632 + 11,508,903) \times (1+3.685\%) \\ &= 31,191,257,102(G) \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：2

(二)109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D1)

項目	107年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	106年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	107年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	107年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	108年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	109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				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 2.901\%)$			$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 3.685\%)$	$(註4)$
第1季	27,839,900,504	60,690,917	9,985,881	28,720,263,150	70,429,551	11,508,904	29,863,562,734	26,100,987
第2季	27,941,181,851	76,079,419	9,985,881	28,840,317,591	46,757,134	11,508,904	29,963,496,436	26,209,474
第3季	27,339,878,234	39,143,299	9,985,881	28,183,562,519	31,559,905	11,508,904	29,266,782,692	25,603,157
第4季	29,079,077,392	90,665,527	9,985,880	30,026,232,731	44,967,632	11,508,903	31,191,257,102	27,298,243
合計	112,200,037,981	266,579,162	39,943,523	115,770,375,991	193,714,222	46,035,615	120,285,098,964	105,211,861

項目	109年風險 調整基金 (F2) (註5)	109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)	109年風險 調整基金 回歸 (F3)=(F2) (註6)	風險調整基金回歸後 109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 (D1)
季別	$= (G) - (F1) - (F2)$		$= (D) + (F3)$	
第1季	150,000,000	29,687,461,747	150,000,000	29,837,461,747
第2季	150,000,000	29,787,286,962	150,000,000	29,937,286,962
第3季	150,000,000	29,091,179,535	150,000,000	29,241,179,535
第4季	150,000,000	31,013,958,859	150,000,000	31,163,958,859
合計	600,000,000	119,579,887,103	600,000,000	120,179,887,103

註：

1. 108年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)

= (107年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+106年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+107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+2.901%)。

2. 109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)

= (108年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+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(B4)) × (1+3.685%)。

※一般服務成長率為3.685%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.465%，協商因素成長率0.220%。

3. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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108年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108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。

※109年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 46,035,615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108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。

5. 風險調整基金(F2)：依據衛生福利部109年7月9日衛部健字第1093360096號公告「109年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」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，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點1元及撥補點值落後地區。

6. 依據110年3月4日西醫基層總額研商議事會議110年第1次會議決議，如109年全年結算後六分區浮動點值皆大(等)於1，則風險調整基金於移撥後同時回歸。

(三)109年門診透析服務預算

1.109年第1季門診透析服務預算

$$= 108\text{年第1季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+4.126\%)$$

$$= 4,186,157,604 \times (1+4.126\%)$$

$$= 4,358,878,467$$

2.109年第2季門診透析服務預算

$$= 108\text{年第2季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+4.126\%)$$

$$= 4,316,333,036 \times (1+4.126\%)$$

$$= 4,494,424,937$$

3.109年第3季門診透析服務預算

$$= 108\text{年第3季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+4.126\%)$$

$$= 4,542,113,806 \times (1+4.126\%)$$

$$= 4,729,521,422$$

4.109年第4季門診透析服務預算

$$= 108\text{年第4季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+4.126\%)$$

$$= 4,689,528,592 \times (1+4.126\%)$$

$$= 4,883,018,542$$

(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：	4,235,560
北區分區：	1,694,840
中區分區：	1,926,960
南區分區：	2,066,680
高屏分區：	686,840
東區分區：	0
小計：	10,610,880

第2季已結算金額：

臺北分區：	4,280,080
北區分區：	1,720,600
中區分區：	1,834,280
南區分區：	2,119,320
高屏分區：	652,400
東區分區：	0
小計：	10,606,680

第3季已結算金額：

臺北分區：	4,354,280
北區分區：	1,913,520
中區分區：	2,052,680
南區分區：	2,321,760
高屏分區：	759,080
東區分區：	0
小計：	11,401,320

第4季已結算金額：

臺北分區：	4,503,800
北區分區：	2,184,280
中區分區：	2,027,760
南區分區：	2,321,760
高屏分區：	804,440
東區分區：	0
小計：	11,842,040

全年已結算金額：

臺北分區：	17,373,720
北區分區：	7,513,240
中區分區：	7,841,680
南區分區：	8,829,520
高屏分區：	2,902,760
東區分區：	0
小計：	44,460,920

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=406,000,000(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：	2,420	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	2,420
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：	2,420	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	2,420

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	230,537,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	230,537,110
第2季已支用點數：	191,267,580	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	191,267,580
第3季已支用點數：	142,208,350	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	142,208,350
第4季已支用點數：	152,479,280	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	152,479,280
全年已支用點數：	716,492,320	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	716,492,320

3. 合計

門診第1季已支用點數：	230,537,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	230,537,110
第2季已支用點數：	191,267,580	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	191,267,580
第3季已支用點數：	142,210,770	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	142,210,770
第4季已支用點數：	152,479,280	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	152,479,280
全年已支用點數：	716,494,740	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	716,494,740

4. 廠商負擔款

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：	674,749	第2季金額：	0	合計第2季金額：	674,749
第3季金額：	160,719,164	第3季金額：	0	合計第3季金額：	160,719,164
第4季金額：	25,151,707	第4季金額：	0	合計第4季金額：	25,151,707
全年金額：	186,545,620	全年金額：	0	全年金額：	186,545,620

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 716,494,740

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 406,000,000 - (716,494,740 - 186,545,620)
= 406,000,000 - 529,949,120
= -123,949,120(預算不足，由醫院總額同項專款支應)

- 註：1. 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。
2. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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。

(二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算= 3,500,000,000

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

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： 41,200

第2季已支用點數： 93,100

第3季已支用點數： 30,500

第4季已支用點數： 115,100

全年已支用點數： 279,900

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 279,900

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： -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

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,245,690,480

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,254,309,520

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]：

108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： 9,256,218

第2季已支用點數： 583,202,479

第3季已支用點數： -433,105

第4季已支用點數： 564,390,445

全年已支用點數：1,156,416,037

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,156,416,037

已結算金額 = 1,156,416,037

2. 績效獎勵費用

結算年108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109年已支用點數： 1,495,674,907(傳票日期:109/06/30前核付)

合計已支用點數 = 1,495,674,907

已結算金額 = 1,495,674,907

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	37,600	結算金額：	29,681
第2季：已支用點數：	27,400	結算金額：	21,631
第3季：已支用點數：	29,200	結算金額：	23,050
第4季：已支用點數：	29,100	結算金額：	22,972
全年：已支用點數：	123,300	結算金額：	97,334
暫結金額	= 1元/點 × 已支用點數 =		123,300
已結算金額	=	97,334	

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年108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109年已支用點數：	227,811,722
合計已支用點數	= 227,811,722
已結算金額	= 227,811,722(傳票日期:109/06/30前核付)

5. 合計：

結算年108年第1季已支用點數：	9,293,818
第2季已支用點數：	583,229,879
第3季已支用點數：	-403,905
第4季已支用點數：	564,419,545
全年已支用點數：	1,156,539,337
結算年109年已支用點數：	1,723,486,629(傳票日期:109/06/30前核付)

108年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 2,880,000,000
 全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 2,880,000,000 - 2,880,000,000 = 0

全年預算 - 個案管理費

家庭醫師整合性照護計畫全年結算浮動點值 = -----
 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
 = 0.78938753

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」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。
 2. 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	5,648,591	收入	8,246,672 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	19,269,400 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,766,661 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	2,691,274 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	7,134,817 (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	81,442 (J8)	點值補助差額	81,442 (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= 42,108,824

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= 37,166,176

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 81,442

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)= 42,190,266

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 37,084,734

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 37,084,734= 116,359,734

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	3,579,475	收入	5,567,501 (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	21,722,300 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,177,095 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	2,597,663 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	6,582,498 (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	91,410 (K8)	點值補助差額	91,410 (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= 41,647,057

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= 74,712,677

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 91,410

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)= 41,738,467

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 74,621,267

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 74,621,267= 153,896,267

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1：	點數	3,728,956	收入	5,654,293 (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	22,548,700 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4：			已支用點數	5,084,992 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5：			點值補助差額	2,830,413 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6：			已支用點數	5,255,546 (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	87,547 (L8)	點值補助差額	87,547 (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= 41,373,944

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= 112,522,323

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 87,547

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)= 41,461,491

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 112,434,776

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+112,434,776= 191,709,776

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1：	點數	3,363,735	收入	4,750,834 (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	22,581,800 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4：			已支用點數	5,263,571 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5：			點值補助差額	2,639,500 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6：			已支用點數	6,635,286 (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	88,199 (M8)	點值補助差額	88,199 (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= 41,870,991

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= 149,838,785

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 88,199

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)= 41,959,190

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 149,750,586

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：11

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	16,320,757	收入	24,219,300 (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	86,122,200 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	20,292,319 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	10,758,850 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	25,608,147 (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	348,598 (N8)	點值補助差額	348,598 (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=167,000,816

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
=150,099,184

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 348,598

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)=167,349,414

支應醫院總額同項專款移撥不足款= 6,608,678

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 - 167,349,414 - 6,608,678 = 143,141,908

註：

依據109年2月15日健保醫字第1090001624號公告「109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= 459,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,317,600

第2季已支用點數： 10,032,160

第3季已支用點數： 9,816,000

第4季已支用點數： 12,014,325

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 43,180,085

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 79,196,460

第2季已支用點數： 83,246,120

第3季已支用點數： 90,160,400

第4季已支用點數： 157,680,985

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 410,283,965

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 150,156

第2季已支用點數： 156,901

第3季已支用點數： 205,933

第4季已支用點數： 681,450

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,194,440

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： 2,749,900

第2季已支用點數： 3,285,400

第3季已支用點數： 3,078,400

第4季已支用點數： 6,196,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 15,309,800

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 1,842,000

第2季已支用點數： 3,681,570

第3季已支用點數： 2,472,600

第4季已支用點數： 2,772,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,768,170

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：	73,000
第2季已支用點數：	84,000
第3季已支用點數：	82,000
第4季已支用點數：	261,400
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	500,400

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：	195,400
第2季已支用點數：	194,000
第3季已支用點數：	214,600
第4季已支用點數：	247,275
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	851,275

8. 合計

第1季已支用點數：	95,524,516
第2季已支用點數：	100,680,151
第3季已支用點數：	106,029,933
第4季已支用點數：	179,853,535
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	482,088,135

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = -23,088,135

$$\text{全年浮動點值} = (\text{全年預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (459,000,000 - 0) / (482,088,135) = 0.95210806$$

註：依據醫療給付改善方案，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

=====

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算= 820,000,000

第1季：	109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：44,167,671	臺北分區：1,904,080	臺北分區：42,263,591
	北區分區：20,456,384	北區分區：198,182	北區分區：20,258,202
	中區分區：32,208,179	中區分區：1,393,983	中區分區：30,814,196
	南區分區：20,908,120	南區分區：1,039,930	南區分區：19,868,190
	高屏分區：13,794,038	高屏分區：82,726	高屏分區：13,711,312
	東區分區：1,921,034	東區分區：27,660	東區分區：1,893,374
	小計：133,455,426	小計：4,646,561	小計：128,808,865

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 128,808,865

第2季：	109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：28,162,986	臺北分區：1,450,427	臺北分區：26,712,559
	北區分區：8,825,427	北區分區：285,939	北區分區：8,539,488
	中區分區：25,126,236	中區分區：1,678,913	中區分區：23,447,323
	南區分區：18,389,574	南區分區：724,005	南區分區：17,665,569
	高屏分區：11,091,673	高屏分區：97,454	高屏分區：10,994,219
	東區分區：1,299,947	東區分區：46,380	東區分區：1,253,567
	小計：92,895,843	小計：4,283,118	小計：88,612,725

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 88,612,725

第3季：	109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：26,168,195	臺北分區：1,463,835	臺北分區：24,704,360
	北區分區：10,339,427	北區分區：309,392	北區分區：10,030,035
	中區分區：26,876,572	中區分區：1,947,616	中區分區：24,928,956
	南區分區：19,398,047	南區分區：646,822	南區分區：18,751,225
	高屏分區：12,613,776	高屏分區：85,420	高屏分區：12,528,356
	東區分區：1,297,384	東區分區：52,856	東區分區：1,244,528
	小計：96,693,401	小計：4,505,941	小計：92,187,460

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 92,187,460

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：15

第4季：	109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：28,710,597	臺北分區：1,783,184	臺北分區：26,927,413
	北區分區：11,534,730	北區分區：320,412	北區分區：11,214,318
	中區分區：28,953,962	中區分區：2,292,039	中區分區：26,661,923
	南區分區：22,037,109	南區分區：804,016	南區分區：21,233,093
	高屏分區：13,845,308	高屏分區：118,935	高屏分區：13,726,373
	東區分區：1,413,145	東區分區：43,564	東區分區：1,369,581
	小計：106,494,851	小計：5,362,150	小計：101,132,701

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 101,132,701

全年：	109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：127,209,449	臺北分區：6,601,526	臺北分區：120,607,923
	北區分區：51,155,968	北區分區：1,113,925	北區分區：50,042,043
	中區分區：113,164,949	中區分區：7,312,551	中區分區：105,852,398
	南區分區：80,732,850	南區分區：3,214,773	南區分區：77,518,077
	高屏分區：51,344,795	高屏分區：384,535	高屏分區：50,960,260
	東區分區：5,931,510	東區分區：170,460	東區分區：5,761,050
	小計：429,539,521	小計：18,797,770	小計：410,741,751

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 410,741,751

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 409,258,249

註：

1. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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： 32,036,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 32,036,100

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 32,463,900

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 32,463,900= 96,963,900

已支用點數： 35,910,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 35,910,800

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 61,053,100

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 61,053,100=125,553,100

已支用點數： 40,590,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 40,590,800

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 84,962,300

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 84,962,300=149,462,300

已支用點數： 39,642,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 39,642,700

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 109,819,600

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數：148,180,400

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 32,036,100 + 35,910,800 + 40,590,800 + 39,642,700 = 148,180,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 148,180,400 = 109,819,600

註:依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 110,000,000(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：	94,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	94,090
第2季已支用點數：	88,951	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	88,951
第3季已支用點數：	93,658	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	93,658
第4季已支用點數：	61,885	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	61,885
全年已支用點數：	338,584	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	338,584

1.2 藥品價量協議

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－藥品價量協議
 = 338,584 - 0
 = 338,584

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

2.2藥品價量協議

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

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

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

3.1已支用點數

門診第1季已支用點數：	91,336	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	91,336
第2季已支用點數：	91,336	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	91,336
第3季已支用點數：	76,832	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	76,832
第4季已支用點數：	87,696	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	87,696
全年已支用點數：	347,200	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	347,200

3.2藥品價量協議

門診第1季金額：	6,071	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	6,071
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：	6,071	全年金額：	0	全年金額：	6,071

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\ &= 347,200 - 6,071 \\ &= 341,129 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：19

4. 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

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

5. 合計

5.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	185,426	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	185,426
第2季已支用點數：	180,287	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	180,287
第3季已支用點數：	170,490	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	170,490
第4季已支用點數：	149,581	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	149,581
全年已支用點數：	685,784	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	685,784

5.2 藥品價量協議

門診第1季已支用點數：	6,071	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,071
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：	6,071	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	6,071

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 685,784 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品價量協議}) \\ &= 110,000,000 - (685,784 - 6,071) \\ &= 110,000,000 - 679,713 \\ &= 109,320,287 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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. 藥品價量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)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： 326,430

第2季已支用點數： 414,213

第3季已支用點數： 407,057

第4季已支用點數： 385,010

全年已支用點數： 1,532,710

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,532,710

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： 1,787

第2季已支用點數： 3,671

第3季已支用點數： 3,392

第4季已支用點數： 3,985

全年已支用點數： 12,835

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 12,835

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 328,217

第2季已支用點數(BQ_q2)： 417,884

第3季已支用點數(BQ_q3)： 410,449

第4季已支用點數(BQ_q4)： 388,995

全年已支用點數： 1,545,545

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,545,545

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 9,454,455

註：依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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)網路頻寬補助費用 全年預算 = 211,000,000

第1季已支用點數： 52,908,321

第2季已支用點數： 53,374,470

第3季已支用點數： 53,962,545

第4季已支用點數： 54,484,460

全年已支用點數： 214,729,796

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 214,729,796

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 211,000,000 - 214,729,796 = -3,729,796(預算不足，由其他預算支應)

註：依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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。

(十一)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： 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
= 12,500,000

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 12,500,000 = 25,000,000

已支用點數： 997,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 997,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 24,003,000

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 24,003,000 = 36,503,000

已支用點數： 2,990,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,990,500

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 33,512,500

=====
第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 33,512,500 = 46,012,500$$

$$\text{已支用點數} = 1,225,750$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,225,750 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 44,786,750 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 5,213,250$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 997,000 + 2,990,500 + 1,225,750 = 5,213,250$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 5,213,250 = 44,786,750$$

註：依據109年5月27日健保醫字第1090007048號公告「109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。

(十二)品質保證保留款(另行結算)

$$= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 109\text{年編列之品質保證保留款預算}$$

$$= (105\text{年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%) + 280,500,000$$

$$= (25,962,850,528 + 138,136,588) \times 0.10\% + (26,106,839,548 + 102,634,233) \times 0.10\% + (25,493,164,265 + 109,992,542) \times 0.10\%$$

$$+ (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% + 280,500,000$$

$$= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 280,500,000$$

$$= 385,711,861$$

※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。

=====

(十三)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應)

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	142,651,281	142,651,281	142,651,281
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	155,782,994	155,782,994	155,782,994
(C)自行就醫_住診	728,412	728,412	728,412
(D)小計	299,162,687	299,162,687	299,162,687
(4)合計	299,162,687	299,162,687	299,162,687

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 299,162,687 = 299,162,687

「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	136,478,777	136,478,777	136,478,777
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	144,987,878	144,987,878	144,987,878
(C)自行就醫_住診	736,720	736,720	736,720
(D)小計	282,203,375	282,203,375	282,203,375
(4)合計	282,203,375	282,203,375	282,203,375

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 282,203,375 = 282,203,375

「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	148,101,433	148,101,433	148,101,433
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	160,022,712	160,022,712	160,022,712
(C)自行就醫_住診	781,098	781,098	781,098
(D)小計	308,905,243	308,905,243	308,905,243
(4)合計	308,905,243	308,905,243	308,905,243

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 308,905,243 = 308,905,243

「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	161,422,629	161,422,629	161,422,629
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	154,054,432	154,054,432	154,054,432
(C)自行就醫_住診	781,677	781,677	781,677
(D)小計	316,258,738	316,258,738	316,258,738
(4)合計	316,258,738	316,258,738	316,258,738

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 316,258,738 = 316,258,738

「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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：25

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	588,654,120	588,654,120	588,654,120
(B) 自行就醫_門診(含門診的急診)	614,848,016	614,848,016	614,848,016
(C) 自行就醫_住診	3,027,907	3,027,907	3,027,907
(D) 小計	1,206,530,043	1,206,530,043	1,206,530,043
(4) 合計	1,206,530,043	1,206,530,043	1,206,530,043

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 1,206,530,043 = 1,206,530,043

「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：
1. 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。
 2. 依據108年12月18日西醫基層總額研商議事會議108年第4次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，109年比照108年結算方式。
 3. 支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用，依六分區已支用點數(詳頁次32)併入西醫基層總額各區一般服務預算結算。
 4. 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、第1~4季分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)第1季

1. 109年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	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	109Q1	109Q1	104Q1 25%	105Q1 25%	106Q1 25%	107Q1 25%	109Q1	109Q1	104Q1 25%	105Q1 25%	106Q1 25%	107Q1 25%	109Q1
臺北分區	0.36758	0.32643	0.32518	0.32554	0.32842	0.32656	0.36347	0.91627	0.91572	0.91623	0.92046	0.91266	0.33265
北區分區	0.15446	0.15728	0.15646	0.15748	0.15492	0.16025	0.15474	1.07639	1.08933	1.07772	1.07198	1.06651	0.16637
中區分區	0.17883	0.18597	0.18544	0.18541	0.18722	0.18581	0.17954	1.04708	1.04266	1.04969	1.04854	1.04743	0.18777
南區分區	0.13432	0.14306	0.14572	0.14364	0.14120	0.14168	0.13519	1.01460	1.01683	1.01211	1.01286	1.01659	0.13700
高屏分區	0.14386	0.15994	0.15953	0.16022	0.16131	0.15871	0.14547	1.08041	1.07126	1.07801	1.07658	1.09578	0.15698
東區分區	0.02095	0.02732	0.02767	0.02771	0.02693	0.02699	0.02159	0.89135	0.90281	0.88951	0.88022	0.89287	0.01923
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

2. 109年第1季分區一般服務預算總額(BD1_q1)=(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1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.33265(R)+ 32% × 0.32324(S))	=	9,835,585,085
北區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.16637(R)+ 32% × 0.12198(S))	=	4,540,223,334
中區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.18777(R)+ 32% × 0.19600(S))	=	5,681,160,131
南區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.13700(R)+ 32% × 0.16783(S))	=	4,382,096,722
高屏分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.15698(R)+ 32% × 0.16648(S))	=	4,774,590,629
東區分區一般服務預算總額	=	29,837,461,747 × (68% × 0.01923(R)+ 32% × 0.02447(S))	=	623,805,846

總計

29,837,461,747

(二)第2季

1. 109年第2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	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	SMR_OCC	校正比例	SMR_OCC	校正比例	SMR_OCC	校正比例	SMR_OCC	校正比例	SMR_OCC											
季別	109Q2		109Q2		104Q2		105Q2		106Q2		107Q2		109Q2		109Q2		104Q2		105Q2		106Q2		107Q2		109Q2
權重					25%		25%		25%		25%						25%		25%		25%		25%		
臺北分區	0.36750		0.32647		0.32540		0.32556		0.32832		0.32661		0.36340		0.92190		0.91146		0.92632		0.92093		0.92890		0.33453
北區分區	0.15480		0.15755		0.15672		0.15759		0.15531		0.16058		0.15508		1.07890		1.09200		1.07881		1.07482		1.06995		0.16707
中區分區	0.17876		0.18604		0.18537		0.18542		0.18742		0.18595		0.17949		1.04541		1.04832		1.04808		1.05206		1.03317		0.18737
南區分區	0.13418		0.14289		0.14536		0.14353		0.14111		0.14155		0.13505		1.01058		1.01908		1.00263		1.01306		1.00753		0.13628
高屏分區	0.14385		0.15974		0.15944		0.16014		0.16099		0.15839		0.14544		1.07151		1.07253		1.06578		1.06750		1.08022		0.15561
東區分區	0.02091		0.02731		0.02771		0.02776		0.02685		0.02692		0.02154		0.89015		0.90008		0.87984		0.88411		0.89656		0.01914
小計	1.00000		1.00000		1.00000		1.00000		1.00000		1.00000		1.00000												1.00000

2. 109年第2季分區一般服務預算總額(BD1_q2)=(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2季投保分區申報醫療費用占率(S)】 (加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.33453(R) + 32% × 0.32927(S))	=	9,964,530,166
北區分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.16707(R) + 32% × 0.12511(S))	=	4,599,648,593
中區分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.18737(R) + 32% × 0.18968(S))	=	5,631,479,101
南區分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.13628(R) + 32% × 0.16769(S))	=	4,380,759,126
高屏分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.15561(R) + 32% × 0.16279(S))	=	4,727,325,135
東區分區一般服務預算總額	=	29,937,286,962 × (68% × 0.01914(R) + 32% × 0.02546(S))	=	633,544,841

總計

29,937,286,962

(三)第3季

1. 109年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構	標準死亡					人口風險因素					轉診型態	R
	校正比例	校正比例					校正比例					校正比例	
	P_OCC	SMR_OCC					DEMO_OCC					TRANS	
季別	109Q3	109Q3	104Q3	105Q3	106Q3	107Q3	109Q3	109Q3	104Q3	105Q3	106Q3	107Q3	109Q3
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36797	0.32692	0.32577	0.32587	0.32874	0.32730	0.36387	0.91289	0.91750	0.90773	0.91179	0.91452	0.33179
北區分區	0.15503	0.15774	0.15705	0.15782	0.15547	0.16061	0.15530	1.07636	1.08509	1.07290	1.07394	1.07351	0.16696
中區分區	0.17873	0.18600	0.18512	0.18545	0.18753	0.18590	0.17946	1.04469	1.03949	1.05090	1.04790	1.04046	0.18726
南區分區	0.13375	0.14250	0.14501	0.14308	0.14075	0.14116	0.13463	1.02064	1.01627	1.02685	1.01901	1.02041	0.13725
高屏分區	0.14361	0.15956	0.15935	0.16003	0.16069	0.15815	0.14521	1.08632	1.07730	1.08789	1.08818	1.09192	0.15756
東區分區	0.02091	0.02728	0.02770	0.02775	0.02682	0.02688	0.02153	0.89186	0.89087	0.88528	0.90032	0.89096	0.01918
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

2. 109年第3季分區一般服務預算總額(BD1_q3)=(D1) × 【 68% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+32% × 西醫基層89年第3季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	29,241,179,535 × (68% × 0.33179(R)+ 32% × 0.32914(S))	=	9,677,134,438
北區分區一般服務預算總額	=	29,241,179,535 × (68% × 0.16696(R)+ 32% × 0.12503(S))	=	4,489,760,885
中區分區一般服務預算總額	=	29,241,179,535 × (68% × 0.18726(R)+ 32% × 0.18840(S))	=	5,486,370,462
南區分區一般服務預算總額	=	29,241,179,535 × (68% × 0.13725(R)+ 32% × 0.16461(S))	=	4,269,364,266
高屏分區一般服務預算總額	=	29,241,179,535 × (68% × 0.15756(R)+ 32% × 0.16734(S))	=	4,698,753,443
東區分區一般服務預算總額	=	29,241,179,535 × (68% × 0.01918(R)+ 32% × 0.02548(S))	=	619,796,041

總計

29,241,179,535

(四)第4季

1. 109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

	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	104Q4	105Q4	106Q4	107Q4	校正比例	DEMO_OCC	校正比例	TRANS	104Q4	105Q4		106Q4	107Q4
季別	109Q4		109Q4		104Q4	105Q4	106Q4	107Q4	109Q4		109Q4		104Q4	105Q4	106Q4	107Q4	109Q4
權重					25%	25%	25%	25%					25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36805		0.32722		0.32600	0.32669	0.32871	0.32746	0.36397		0.91157		0.91536	0.90493	0.91031	0.91567	0.33140
北區分區	0.15596		0.15801		0.15742	0.15770	0.15599	0.16094	0.15617		1.07280		1.08176	1.07249	1.06533	1.07163	0.16734
中區分區	0.17899		0.18608		0.18511	0.18540	0.18775	0.18604	0.17970		1.04650		1.04718	1.05040	1.05176	1.03665	0.18784
南區分區	0.13307		0.14234		0.14474	0.14313	0.14057	0.14091	0.13400		1.02637		1.01307	1.03409	1.03461	1.02369	0.13737
高屏分區	0.14314		0.15920		0.15912	0.15948	0.16032	0.15788	0.14475		1.08679		1.07804	1.09023	1.08430	1.09460	0.15713
東區分區	0.02079		0.02715		0.02761	0.02760	0.02666	0.02677	0.02141		0.88479		0.89118	0.87989	0.88704	0.88103	0.01892
小計	1.00000		1.00000		1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000								1.00000

2. 109年第4季分區一般服務預算總額(BD1_q4)=(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	=	31,163,958,859 × (68% × 0.33140(R)+ 32% × 0.32922(S))	=	10,305,995,988
北區分區一般服務預算總額	=	31,163,958,859 × (68% × 0.16734(R)+ 32% × 0.12310(S))	=	4,773,794,943
中區分區一般服務預算總額	=	31,163,958,859 × (68% × 0.18784(R)+ 32% × 0.18542(S))	=	5,829,704,662
南區分區一般服務預算總額	=	31,163,958,859 × (68% × 0.13737(R)+ 32% × 0.16623(S))	=	4,568,798,421
高屏分區一般服務預算總額	=	31,163,958,859 × (68% × 0.15713(R)+ 32% × 0.17121(S))	=	5,037,205,189
東區分區一般服務預算總額	=	31,163,958,859 × (68% × 0.01892(R)+ 32% × 0.02482(S))	=	648,459,656

總計

31,163,958,859

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：30

(四)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：

107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109年六分區地區預算分配扣除項目。

109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—2,902,555元；北區分區—929,438元；中區分區—851,713元；南區分區—1,324,874元；高屏分區—1,588,081元；東區分區—2,894,789元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 107年各季預算占率(Ra)		0.24812742	0.24902998	0.24367115	0.25917145	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	9,835,585,085	9,964,530,166	9,677,134,438	10,305,995,988	39,783,245,677
	北區分區	4,540,223,334	4,599,648,593	4,489,760,885	4,773,794,943	18,403,427,755
	中區分區	5,681,160,131	5,631,479,101	5,486,370,462	5,829,704,662	22,628,714,356
	南區分區	4,382,096,722	4,380,759,126	4,269,364,266	4,568,798,421	17,601,018,535
	高屏分區	4,774,590,629	4,727,325,135	4,698,753,443	5,037,205,189	19,237,874,396
	東區分區	623,805,846	633,544,841	619,796,041	648,459,656	2,525,606,384
	小計	29,837,461,747	29,937,286,962	29,241,179,535	31,163,958,859	120,179,887,103
		(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	720,203	722,823	707,269	752,260	2,902,555
(BK)=各分區(應減列金額K)×107年	北區分區	230,619	231,458	226,477	240,884	929,438
各季預算占率(Ra)	中區分區	211,333	212,102	207,538	220,740	851,713
	南區分區	328,738	329,933	322,834	343,369	1,324,874
	高屏分區	394,046	395,480	386,970	411,585	1,588,081
	東區分區	718,277	720,889	705,377	750,246	2,894,789
	小計(KS)	2,603,216	2,612,685	2,556,465	2,719,084	10,491,450
4. 107年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32817727	0.33011311	0.33010753	0.33092302	
	北區分區	0.15002093	0.15111125	0.15088767	0.15006533	
	中區分區	0.19059883	0.18834157	0.18729017	0.18695312	
	南區分區	0.14963457	0.15001658	0.14909181	0.14901374	
	高屏分區	0.15914172	0.15763381	0.16032526	0.16104498	
	東區分區	0.02242668	0.02278368	0.02229756	0.02199981	
	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：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：31

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 (BK)×107年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	854,316	862,482	843,908	899,807	3,460,513
	北區分區	390,537	394,806	385,739	408,040	1,579,122
	中區分區	496,170	492,077	478,801	508,341	1,975,389
	南區分區	389,531	391,946	381,148	405,181	1,567,806
	高屏分區	414,280	411,847	409,866	437,895	1,673,888
	東區分區	58,382	59,527	57,003	59,820	234,732
小計		2,603,216	2,612,685	2,556,465	2,719,084	10,491,450
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	9,835,719,198	9,964,669,825	9,677,271,077	10,306,143,535	39,783,803,635
	北區分區	4,540,383,252	4,599,811,941	4,489,920,147	4,773,962,099	18,404,077,439
	中區分區	5,681,444,968	5,631,759,076	5,486,641,725	5,829,992,263	22,629,838,032
	南區分區	4,382,157,515	4,380,821,139	4,269,422,580	4,568,860,233	17,601,261,467
	高屏分區	4,774,610,863	4,727,341,502	4,698,776,339	5,037,231,499	19,237,960,203
東區分區	623,145,951	632,883,479	619,147,667	647,769,230	2,522,946,327	
小計		29,837,461,747	29,937,286,962	29,241,179,535	31,163,958,859	120,179,887,103
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1)		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
	臺北分區	42,263,591	26,712,559	24,704,360	26,927,413	120,607,923
	北區分區	20,258,202	8,539,488	10,030,035	11,214,318	50,042,043
	中區分區	30,814,196	23,447,323	24,928,956	26,661,923	105,852,398
	南區分區	19,868,190	17,665,569	18,751,225	21,233,093	77,518,077
	高屏分區	13,711,312	10,994,219	12,528,356	13,726,373	50,960,260
東區分區	1,893,374	1,253,567	1,244,528	1,369,581	5,761,050	
小計		128,808,865	88,612,725	92,187,460	101,132,701	410,741,751
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	9,877,982,789	9,991,382,384	9,701,975,437	10,333,070,948	39,904,411,558
	北區分區	4,560,641,454	4,608,351,429	4,499,950,182	4,785,176,417	18,454,119,482
	中區分區	5,712,259,164	5,655,206,399	5,511,570,681	5,856,654,186	22,735,690,430
	南區分區	4,402,025,705	4,398,486,708	4,288,173,805	4,590,093,326	17,678,779,544
	高屏分區	4,788,322,175	4,738,335,721	4,711,304,695	5,050,957,872	19,288,920,463
東區分區	625,039,325	634,137,046	620,392,195	649,138,811	2,528,707,377	
小計		29,966,270,612	30,025,899,687	29,333,366,995	31,265,091,560	120,590,628,854

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：32

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2)	臺北分區	63,939	126,514	82,891	108,141	381,485
	北區分區	51,462	58,865	74,867	47,148	232,342
	中區分區	50,839	60,164	96,997	69,572	277,572
	南區分區	120,367	123,955	121,838	108,412	474,572
	高屏分區	40,164	44,580	30,974	53,826	169,544
	東區分區	1,446	3,806	2,882	1,896	10,030
小計		328,217	417,884	410,449	388,995	1,545,545
		(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	9,878,046,728	9,991,508,898	9,702,058,328	10,333,179,089	39,904,793,043
	北區分區	4,560,692,916	4,608,410,294	4,500,025,049	4,785,223,565	18,454,351,824
	中區分區	5,712,310,003	5,655,266,563	5,511,667,678	5,856,723,758	22,735,968,002
	南區分區	4,402,146,072	4,398,610,663	4,288,295,643	4,590,201,738	17,679,254,116
	高屏分區	4,788,362,339	4,738,380,301	4,711,335,669	5,051,011,698	19,289,090,007
	東區分區	625,040,771	634,140,852	620,395,077	649,140,707	2,528,717,407
小計		29,966,598,829	30,026,317,571	29,333,777,444	31,265,480,555	120,592,174,399
		(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3)	臺北分區	75,015,857	74,984,219	89,810,710	87,092,015	326,902,801
	北區分區	57,737,821	53,008,853	54,839,588	56,701,348	222,287,610
	中區分區	59,447,650	55,284,834	57,264,180	62,551,563	234,548,227
	南區分區	52,042,303	48,106,633	53,113,176	53,754,960	207,017,072
	高屏分區	48,007,966	44,284,674	47,060,502	49,088,686	188,441,828
	東區分區	6,911,090	6,534,162	6,817,087	7,070,166	27,332,505
小計		299,162,687	282,203,375	308,905,243	316,258,738	1,206,530,043

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：33

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	25.075272%	26.570986%	29.07387%	27.538216%	
	北區分區	19.299807%	18.783919%	17.752884%	17.928785%	
	中區分區	19.871345%	19.590423%	18.537782%	19.778604%	
	南區分區	17.395987%	17.046796%	17.194003%	16.997146%	
	高屏分區	16.047444%	15.692468%	15.234608%	15.521685%	
	東區分區	2.310145%	2.315408%	2.206853%	2.235564%	
	小計	100%	100%	100%	100%	
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 xBZ3	臺北分區	62,688,180	66,427,465	72,684,675	68,845,540	270,645,860
	北區分區	48,249,518	46,959,798	44,382,210	44,821,963	184,413,489
	中區分區	49,678,363	48,976,058	46,344,455	49,446,510	194,445,386
	南區分區	43,489,968	42,616,990	42,985,008	42,492,865	171,584,831
	高屏分區	40,118,610	39,231,170	38,086,520	38,804,213	156,240,513
	東區分區	5,775,361	5,788,519	5,517,132	5,588,909	22,669,921
	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	9,940,734,908	10,057,936,363	9,774,743,003	10,402,024,629	40,175,438,903
	北區分區	4,608,942,434	4,655,370,092	4,544,407,259	4,830,045,528	18,638,765,313
	中區分區	5,761,988,366	5,704,242,621	5,558,012,133	5,906,170,268	22,930,413,388
	南區分區	4,445,636,040	4,441,227,653	4,331,280,651	4,632,694,603	17,850,838,947
	高屏分區	4,828,480,949	4,777,611,471	4,749,422,189	5,089,815,911	19,445,330,520
	東區分區	630,816,132	639,929,371	625,912,209	654,729,616	2,551,387,328
	小計	30,216,598,829	30,276,317,571	29,583,777,444	31,515,480,555	121,592,174,399

註：

1. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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，「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. 依據108年12月18日西醫基層總額108年4第次研商議事會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，比照108年結算方式，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。
 4. 「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，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、第1~4季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	23,341,077,493(BF)	0.89568410	-----	8,412,248,128	2,418,516
	2-北區分區	2,093,878,602	0.89568410	1,875,453,771	831,904,860	
	3-中區分區	1,356,467,331	0.89568410	1,214,966,221	520,059,046	
	4-南區分區	868,621,013	0.89568410	778,010,030	347,839,438	
	5-高屏分區	1,091,147,207	0.89568410	977,323,204	435,549,090	
	6-東區分區	154,016,313	0.89568410	137,949,963	78,974,825	
	7-合計	28,905,207,959(GF)		4,983,703,189(AF)	10,626,575,387(BG)	2,418,516(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	1,389,536,254	0.93992804	1,306,064,088	509,340,299	
	2-北區分區	9,900,426,737(BF)	0.93992804	-----	4,171,279,917	2,061,769
	3-中區分區	576,561,660	0.93992804	541,926,471	233,566,192	
	4-南區分區	365,373,389	0.93992804	343,424,693	140,289,150	
	5-高屏分區	232,932,960	0.93992804	218,940,221	98,432,974	
	6-東區分區	37,220,590	0.93992804	34,984,676	20,414,958	
	7-合計	12,502,051,590(GF)		2,445,340,149(AF)	5,173,323,490(BG)	2,061,769(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	445,179,054	0.93992292	418,433,996	164,342,405	
	2-北區分區	277,179,815	0.93992292	260,527,661	117,258,084	
	3-中區分區	14,239,842,778(BF)	0.93992292	-----	6,045,822,027	2,601,297
	4-南區分區	341,946,453	0.93992292	321,403,309	136,417,614	
	5-高屏分區	202,572,270	0.93992292	190,402,320	84,016,714	
	6-東區分區	23,681,871	0.93992292	22,259,133	13,364,540	
	7-合計	15,530,402,241(GF)		1,213,026,419(AF)	6,561,221,384(BG)	2,601,297(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：36

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	449,393,893	0.98693068	443,520,620	174,543,920	
	2-北區分區	179,000,310	0.98693068	176,660,898	74,998,284	
	3-中區分區	416,069,372	0.98693068	410,631,628	178,746,212	
	4-南區分區	10,293,345,596(BF)	0.98693068	-----	4,534,198,195	1,207,898
	5-高屏分區	506,642,222	0.98693068	500,020,753	222,786,751	
	6-東區分區	18,766,616	0.98693068	18,521,349	10,693,512	
	7-合計		11,863,218,009(GF)		1,549,355,248(AF)	5,195,966,874(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	270,468,821	0.95111360	257,246,574	99,338,541	
	2-北區分區	131,269,997	0.95111360	124,852,679	52,354,294	
	3-中區分區	219,476,390	0.95111360	208,746,979	94,064,210	
	4-南區分區	519,624,495	0.95111360	494,221,924	222,428,621	
	5-高屏分區	11,834,518,191(BF)	0.95111360	-----	5,345,919,462	530,590
	6-東區分區	30,415,289	0.95111360	28,928,395	16,449,025	
	7-合計		13,005,773,183(GF)		1,113,996,551(AF)	5,830,554,153(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	96,847,487	1.07397312	104,011,598	42,635,959	
	2-北區分區	47,912,600	1.07397312	51,456,845	22,793,498	
	3-中區分區	35,135,074	1.07397312	37,734,125	17,099,121	
	4-南區分區	37,269,784	1.07397312	40,026,746	9,093,664	
	5-高屏分區	42,077,311	1.07397312	45,189,901	19,236,190	
	6-東區分區	1,318,520,445(BF)	1.07397312	-----	752,269,301	340,611
	7-合計		1,577,762,701(GF)		278,419,215(AF)	863,127,733(BG)

五、估算第1~4季合計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」)

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{分區一般服務預算總額(加總BD5)} - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

臺北分區 = [40,175,438,903 - 4,983,703,189 - (10,626,575,387 - 24,330,434 - 0) - 2,418,516] / 23,341,077,493 = 1.05338206(點值排序：6)
 北區分區 = [18,638,765,313 - 2,445,340,149 - (5,173,323,490 - 13,000,209 - 1,957,490) - 2,061,769] / 9,900,426,737 = 1.11439617(點值排序：1)
 中區分區 = [22,930,413,388 - 1,213,026,419 - (6,561,221,384 - 9,432,259 - 1,327,102) - 2,601,297] / 14,239,842,778 = 1.06492213(點值排序：4)
 南區分區 = [17,850,838,947 - 1,549,355,248 - (5,195,966,874 - 5,754,481 - 0) - 1,207,898] / 10,293,345,596 = 1.07934425(點值排序：2)
 高屏分區 = [19,445,330,520 - 1,113,996,551 - (5,830,554,153 - 9,833,884 - 657,757) - 530,590] / 11,834,518,191 = 1.05713986(點值排序：5)
 東區分區 = [2,551,387,328 - 278,419,215 - (863,127,733 - 2,853,077 - 0) - 340,611] / 1,318,520,445 = 1.07116492(點值排序：3)

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回歸其他分區

分區	分區一般 服務預算總額 (BD5)	估算浮動點值 (Z)	調整後浮動點值 (Z1) (註1)	浮動點值高於 上限之移撥款 (H) (註2)
臺北	40,175,438,903	1.05338206	1.05338206	0
北區	18,638,765,313	1.11439617	1.10000000	142,528,193
中區	22,930,413,388	1.06492213	1.06492213	0
南區	17,850,838,947	1.07934425	1.07934425	0
高屏	19,445,330,520	1.05713986	1.05713986	0
東區	2,551,387,328	1.07116492	1.07116492	0
合計	121,592,174,399			142,528,193

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r06

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：110/05/13

109年第1~4季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/12

核付截止日期:109/12/31

頁次：38

分區	浮動點值 低於上限之 分區預算	浮動點值 低於上限之 分區預算占率	浮動點值低於 上限之移撥款	調整後各分區 之一般服務 預算總額	調整後 各分區之 估算浮動點值
	(BD1) (註1)	(P) =BD1/加總(BD1)	(K) =加總(H)*(P)	(BD6) =(BD5)-(H)+(K)	(Z2) (註3)
臺北	39,783,245,677	0.39088848	55,712,629	40,231,151,532	1.05576895(點值排序：6)
北區	-	-	-	18,496,237,120	1.10000000(點值排序：1)
中區	22,628,714,356	0.22233741	31,689,349	22,962,102,737	1.06714753(點值排序：4)
南區	17,601,018,535	0.17293801	24,648,542	17,875,487,489	1.08173886(點值排序：2)
高屏	19,237,874,396	0.18902087	26,940,803	19,472,271,323	1.05941632(點值排序：5)
東區	2,525,606,384	0.02481523	3,536,870	2,554,924,198	1.07384737(點值排序：3)
合計	101,776,459,348	1.00000000	142,528,193	121,592,174,399	

註：

- 依據110年3月4日西醫基層總額研商議事會議110年第1次會議決議，如109年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大(等)於1，則風險調整基金於移撥後同時回歸，浮動點值(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)以每點1.1元為上限，若有分區浮動點值大於上限，移撥該分區高於每點1.1元之預算，並依109年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸其他分區，回歸後各分區排序不變。
- 浮動點值高於上限之移撥款(H)=[分區一般服務預算總額(加總BD5) - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保浮動點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BJ)] - 1.1 × 投保該分區當地醫一般服務浮動核定點數(BF)。
- 調整後各分區之估算浮動點值(Z2)=[調整後各分區之一般服務預算總額(加總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) - 藥品價量協議 - 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、修正後第1~4季合計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」)

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{調整後各分區之一般服務預算總額(加總BD6)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\ - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

臺北分區	= [40,231,151,532 + 1,848,708 - 4,983,703,189 - (10,626,575,387 - 24,330,434 - 0) - 2,418,516] / 23,341,077,493 = 1.05584815
北區分區	= [18,496,237,120 + 14,813,506 - 2,445,340,149 - (5,173,323,490 - 13,000,209 - 1,957,490) - 2,061,769] / 9,900,426,737 = 1.10149625
中區分區	= [22,962,102,737 + 8,356,436 - 1,213,026,419 - (6,561,221,384 - 9,432,259 - 1,327,102) - 2,601,297] / 14,239,842,778 = 1.06773436
南區分區	= [17,875,487,489 + 43,254,260 - 1,549,355,248 - (5,195,966,874 - 5,754,481 - 0) - 1,207,898] / 10,293,345,596 = 1.08594102
高屏分區	= [19,472,271,323 + 34,170,962 - 1,113,996,551 - (5,830,554,153 - 9,833,884 - 657,757) - 530,590] / 11,834,518,191 = 1.06230371
東區分區	= [2,554,924,198 + 75,070,019 - 278,419,215 - (863,127,733 - 2,853,077 - 0) - 340,611] / 1,318,520,445 = 1.13078242

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{調整後各分區之一般服務預算總額(加總BD6)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [121,592,174,399 + 177,513,891 - (34,250,769,021 - 65,204,344 - 3,942,349) - 9,160,681] / 83,384,415,683 = 1.05030304$$

註:1. 藥品價量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。

2. 藥品價量協議：第1季臺北145,037、北區81,520、中區66,352、南區129,284、高屏104,200、東區7,481；
 第2季臺北1,627,515、北區457,393、中區1,323,841、南區461,824、高屏2,138,058、東區45,940。
 第3季臺北19,972,343、北區11,361,209、中區6,556,131、南區3,966,336、高屏5,427,361、東區2,351,279。
 第4季臺北2,585,539、北區1,100,087、中區1,485,935、南區1,197,037、高屏2,164,265、東區448,377。
3. 緩起訴捐助款：第1季中區1,327,102、高屏457,757；第2季金額為0；第3季北區1,616,066；第4季北區341,424、高屏200,000。

$$3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{調整後各分區之一般服務預算總額(加總BD6)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}]$$

$$\text{臺北分區} = [40,231,151,532 + 1,848,708] \div [28,905,207,959 + 10,626,575,387 - 24,330,434 - 0 + 2,418,516] = 1.01830248$$

$$\text{北區分區} = [18,496,237,120 + 14,813,506] \div [12,502,051,590 + 5,173,323,490 - 13,000,209 - 1,957,490 + 2,061,769] = 1.04804374$$

$$\text{中區分區} = [22,962,102,737 + 8,356,436] \div [15,530,402,241 + 6,561,221,384 - 9,432,259 - 1,327,102 + 2,601,297] = 1.04016551$$

$$\text{南區分區} = [17,875,487,489 + 43,254,260] \div [11,863,218,009 + 5,195,966,874 - 5,754,481 - 0 + 1,207,898] = 1.05066677$$

$$\text{高屏分區} = [19,472,271,323 + 34,170,962] \div [13,005,773,183 + 5,830,554,153 - 9,833,884 - 657,757 + 530,590] = 1.03612359$$

$$\text{東區分區} = [2,554,924,198 + 75,070,019] \div [1,577,762,701 + 863,127,733 - 2,853,077 - 0 + 340,611] = 1.07858349$$

$$4. \text{一般服務全區平均點值} = [121,592,174,399 + 177,513,891] \div [83,384,415,683 + 34,250,769,021 - 65,204,344 - 3,942,349 + 9,160,681] = 1.03567495$$

$$5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{調整後各分區之一般服務預算總額(加總BD6)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\ \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} \\ + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}]$$

$$= [121,592,174,399 + 177,513,891 + 3,156,504,034] \div [83,384,415,683 + 34,250,769,021 - 65,204,344 - 3,942,349 + 9,160,681 + 3,171,693,626] \\ = 1.03461207$$

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、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材
+ 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，則暫結金額為全年預算)
+ 品質保證保留款預算
= 529,949,120 + 1,245,690,480 + 167,349,414 + 459,000,000 + 148,180,400 + 679,713 + 214,729,796
+ 5,213,250 + 385,711,861
= 3,156,504,034
2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。
3. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 109年品質保證保留款預算 / 4

六、說明

1. 第1季結算費用年月包括：費用年月108/12(含)以前：於109/04/01~109/06/30期間核付者。費用年月109/01~109/03：於109/01/01~109/06/30期間核付者。
2. 第2季結算費用年月包括：費用年月109/03(含)以前：於109/07/01~109/09/30期間核付者。費用年月109/04~109/06：於109/04/01~109/09/30期間核付者。
3. 第3季結算費用年月包括：費用年月109/06(含)以前：於109/10/01~109/12/31期間核付者。費用年月109/07~109/09：於109/07/01~109/12/31期間核付者。
4. 第4季結算費用年月包括：費用年月109/09(含)以前：於110/01/31~110/03/31期間核付者。費用年月109/10~109/12：於109/10/01~110/03/31期間核付者。
5. 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。
6. 依據衛生福利部110年1月22日衛授保字第1090034614號函「全民健康保險醫療給付費用各總額部門109年度結算方式」略以，西醫基層總額採全年結算。一般服務部門、專款及其他部門涉及「當季」係指109年全年結算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。