

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)108年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (107\text{年第2季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} + 106\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(107\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}) \times (1+2.901\%) \\
 &= (27,941,181,851 + 76,079,419 + 9,985,881) \times (1+2.901\%) \\
 &= 28,840,317,591(G)
 \end{aligned}$$

(二)108年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	106年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	105年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	107年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+2.310%)	106年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B2)	107年總額 違反特管辦法 之扣款 (B3) (註3)	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G) =(G0+B2+B3)× (1+2.901%)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1) (註4)	108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) =G-(F1)
第1季	27,135,369,235	75,949,799	27,839,900,504	60,690,917	9,985,881	28,720,263,150	26,100,987	28,694,162,163
第2季	27,248,155,227	62,158,380	27,941,181,851	76,079,419	9,985,881	28,840,317,591	26,209,474	28,814,108,117
第3季	26,617,809,911	104,776,575	27,339,878,234	39,143,299	9,985,881	28,183,562,519	25,603,157	28,157,959,362
第4季	28,380,072,149	42,445,095	29,079,077,392	90,665,527	9,985,880	30,026,232,731	27,298,243	29,998,934,488
合計	109,381,406,522	285,329,849	112,200,037,981	266,579,162	39,943,523	115,770,375,991	105,211,861	115,665,164,130

註：

- 107年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)
= (106年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(A1)+105年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × (1+ 2.310%)。
- 108年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G)
= (107年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)+106年各季校正投保人口預估成長率差值(B2) +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(B3)) × (1+2.901%)。
※一般服務成長率為2.901%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.549%，協商因素成長率0.352%。
- 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後107年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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。
※108年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 39,943,523元，按季均分。
- 106年編列之品質保證保留款(F1)
= (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。
※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。

(三)108年各季門診透析服務預算

$$= 107\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+4.683\%)$$

$$= 4,123,241,630 \times (1+4.683\%)$$

$$= 4,316,333,036$$

(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：	4,675,720
北區分區：	1,765,400
中區分區：	2,220,680
南區分區：	2,244,200
高屏分區：	669,760
東區分區：	0
小 計：	11,575,760

第2季已結算金額：

臺北分區：	4,592,000
北區分區：	1,820,000
中區分區：	2,055,480
南區分區：	2,344,160
高屏分區：	694,400
東區分區：	0
小 計：	11,506,040

第3季已結算金額：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小 計：	0

第4季已結算金額：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小 計：	0

全年已結算金額：

臺北分區：	9,267,720
北區分區：	3,585,400
中區分區：	4,276,160
南區分區：	4,588,360
高屏分區：	1,364,160
東區分區：	0
小 計：	23,081,800

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：	848,714	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	848,714
第2季已支用點數：	307,362	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	307,362
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：	1,156,076	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,156,076

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	228,653,928	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	228,653,928
第2季已支用點數：	319,600,694	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	319,600,694
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：	548,254,622	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	548,254,622

3. 合計

門診第1季已支用點數：	229,502,642	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	229,502,642
第2季已支用點數：	319,908,056	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	319,908,056
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：	549,410,698	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	549,410,698

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	3,551,856	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	3,551,856
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	3,551,856	全年合計金額：	0	全年合計金額：	3,551,856

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 549,410,698 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 406,000,000 - (549,410,698 - 3,551,856) \\ &= 406,000,000 - 545,858,842 \\ &= -139,858,842(\text{預算不足, 由其他部門支應}) \end{aligned}$$

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107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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= 2,880,000,000

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： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 592,458,697

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 592,458,697

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： 37,600

第2季已支用點數： 27,400

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： 65,000

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 65,000

4. 多重慢性病人門診整合費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

5. 合計

第1季已支用點數：	9,293,818
第2季已支用點數：	583,229,879
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：	592,523,697

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 592,523,697

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,287,476,303

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」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]：

107年家庭醫師整合性照護計畫

全年預算 = 2,430,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數：	7,656,515
第2季已支用點數：	517,193,835
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	467,709,269 (傳票日期:108/05/06前核付)
全年已支用點數：	992,559,619

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 992,559,619

2. 績效獎勵費用

結算年107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108年已支用點數： 1,437,376,080(傳票日期:108/06/30前核付)

合計已支用點數 = 1,437,376,080

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,437,376,080元

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數：	4,500
第2季已支用點數：	15,100
第3季已支用點數：	14,200
第4季已支用點數：	30,500
全年已支用點數：	64,300

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 64,300

4. 合計：

結算年107年第1季已支用點數： 7,661,015

第2季已支用點數： 517,208,935

第3季已支用點數： 14,200

第4季已支用點數： 467,739,769

全年已支用點數： 992,623,919

結算年108年已支用點數： 1,437,376,080(傳票日期:108/06/30前核付)

107年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額 = 2,429,999,999

全年未支用金額 = 調整後全年預算 - 暫結金額 = 2,430,000,000 - 2,429,999,999 = 1

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」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 217,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1.108年度新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20,100,000元，已有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。

2.修正後醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 217,100,000-20,100,000= 197,000,000

第1季：

預算=197,000,000/4= 49,250,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1：	點數	6,368,708	收入	12,371,192 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2：			已支用點數	82,050 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3：			已支用點數	19,099,000 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4：			已支用點數	5,218,499 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5：	折付比例	0.49521727	點值補助差額	4,998,948 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6：			已支用點數	7,480,311 (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	514,127 (J8)	點值補助差額	0 (J7)

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5= 49,250,000

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= 0

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)= 49,250,000

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 0

註：折付比例=支應J1、J2、J3、J4、J6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額

= 4,998,948 / 10,094,454 = 0.49521727。

第2季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+ 0= 49,250,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1：	點數	7,445,610	收入	11,256,551 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2：			已支用點數	58,950 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3：			已支用點數	21,542,200 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4：			已支用點數	5,325,934 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5：	折付比例	0.60195745	點值補助差額	4,233,577 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6：			已支用點數	6,832,788 (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	301,428 (K8)	點值補助差額	0 (K7)

不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點×(K2+K3+K4+K6已支用點數)+K5= 49,250,000

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= 0

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(K7)= 49,250,000

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 0

註：折付比例=支應K1、K2、K3、K4、K6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額

= 4,233,577 / 7,033,017 = 0.60195745。

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+	0=	49,250,000		
(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	0 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	0 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5:			點值補助差額	0 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	0 (L6)
(5)診察費及診療費點值差額L7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)

不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(L2+L3+L4+L6已支用點數)+L5= 0

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 49,250,000

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 49,250,000

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=197,000,000/4+	49,250,000=	98,500,000		
(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	0 (M6)
(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)

不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(M2+M3+M4+M6已支用點數)+M5= 0

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 98,500,000

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 98,500,000

=====

合計：

全年預算=197,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	13,814,318	收入	23,627,743 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	141,000 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	40,641,200 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	10,544,433 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	9,232,525 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	14,313,099 (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	815,555 (N8)	點值補助差額	0 (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= 98,500,000

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
= 98,500,000

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 0

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)= 98,500,000

結算金額=第1-4季結算金額(如當季暫結金額大於預算金額,則結算金額為當季預算)
= 49,250,000+ 49,250,000+ 0+ 0= 98,500,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額
= 98,500,000

3. 全年未支用預算= 全年預算 - 108年度新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20,100,000 - 醫療資源不足地區改善方案結算金額
= 217,100,000 - 20,100,000 - 98,500,000
= 98,500,000

註：

- 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以「西醫醫療資源不足地區改善方案」新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」(20.1百萬元)：若有其他單位補助相同項目,則該計畫預算不予執行。
- 依據108年10月1日健保醫字第1080013585號公告「108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。

=====

(四)醫療給付改善方案 全年預算= 400,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,928,250

第2季已支用點數： 10,874,400

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,802,650

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 62,754,500

第2季已支用點數： 65,949,580

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 128,704,080

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 189,219

第2季已支用點數： 168,475

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 357,694

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： 3,056,690

第2季已支用點數： 3,054,900

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,111,590

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,618,100

第2季已支用點數： 4,393,350

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,011,450

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 59,000

第2季已支用點數： 68,000

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 127,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 219,200

第2季已支用點數： 222,000

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 441,200

8. 糖尿病人胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

9. 合計

第1季已支用點數： 79,824,959

第2季已支用點數： 84,730,705

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 164,555,664

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 235,444,336

=====

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算= 720,000,000

第1季：	108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：44,028,837	臺北分區：708,010	臺北分區：43,320,827
	北區分區：21,906,110	北區分區：130,532	北區分區：21,775,578
	中區分區：29,722,783	中區分區：527,003	中區分區：29,195,780
	南區分區：16,801,875	南區分區：848,950	南區分區：15,952,925
	高屏分區：12,050,274	高屏分區：82,726	高屏分區：11,967,548
	東區分區：1,853,473	東區分區：27,660	東區分區：1,825,813
	小計：126,363,352	小計：2,324,881	小計：124,038,471

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 124,038,471

第2季：	108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：40,950,916	臺北分區：1,450,427	臺北分區：39,500,489
	北區分區：21,209,699	北區分區：285,939	北區分區：20,923,760
	中區分區：35,746,396	中區分區：1,678,913	中區分區：34,067,483
	南區分區：20,863,652	南區分區：724,005	南區分區：20,139,647
	高屏分區：16,351,024	高屏分區：97,454	高屏分區：16,253,570
	東區分區：2,323,476	東區分區：46,380	東區分區：2,277,096
	小計：137,445,163	小計：4,283,118	小計：133,162,045

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 133,162,045

第3季：	108年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：13

第4季：	108年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區： 0	臺北分區： 0	臺北分區： 0
	北區分區： 0	北區分區： 0	北區分區： 0
	中區分區： 0	中區分區： 0	中區分區： 0
	南區分區： 0	南區分區： 0	南區分區： 0
	高屏分區： 0	高屏分區： 0	高屏分區： 0
	東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
	小計： 0	小計： 0	小計： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全年：	108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： 84,979,753	臺北分區： 2,158,437	臺北分區： 82,821,316
	北區分區： 43,115,809	北區分區： 416,471	北區分區： 42,699,338
	中區分區： 65,469,179	中區分區： 2,205,916	中區分區： 63,263,263
	南區分區： 37,665,527	南區分區： 1,572,955	南區分區： 36,092,572
	高屏分區： 28,401,298	高屏分區： 180,180	高屏分區： 28,221,118
	東區分區： 4,176,949	東區分區： 74,040	東區分區： 4,102,909
	小計： 263,808,515	小計： 6,607,999	小計： 257,200,516

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 257,200,516

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 462,799,484

註：

1. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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，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： 29,792,050

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 29,792,050

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 34,707,950

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 34,707,950= 99,207,950

已支用點數： 29,753,950

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 29,753,950

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 69,454,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 69,454,000=133,954,000

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3季預算 - 暫結金額
= 133,954,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 133,954,000=198,454,000

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4季預算 - 暫結金額
= 198,454,000

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數： 59,546,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 29,792,050 + 29,753,950 + 0 + 0 = 59,546,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 59,546,000 = 198,454,000

註:依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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： 0
 第4季已支用金額： 0

結算金額 = 83,534,470

註：依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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

1. 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	69,341	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	69,341
第2季已支用點數：	63,716	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	63,716
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：	133,057	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	133,057

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 133,057

2. 血友病藥費

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：	69,900	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	69,900
第2季已支用點數：	106,248	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	106,248
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：	176,148	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	176,148

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 176,148

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：16

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

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

5. 合計

門診第1季已支用點數：	139,241	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	139,241
第2季已支用點數：	169,964	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	169,964
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：	309,205	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	309,205

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 309,205 & &= 109,690,795 \end{aligned}$$

註：如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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。

(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：	310,405
第2季已支用點數：	421,758
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：	732,163

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 732,163 \end{aligned}$$

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

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

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數：	1,514
第2季已支用點數：	2,375
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：	3,889

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,889 \end{aligned}$$

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)：	311,919
第2季已支用點數(BQ_q2)：	424,133
第3季已支用點數(BQ_q3)：	0
第4季已支用點數(BQ_q4)：	0
全年已支用點數：	736,052

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 736,052 & &= 10,263,948 \end{aligned}$$

註：依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，「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。

(十)網路頻寬補助費用 全年預算 = 211,000,000

第1季已支用點數：	40,735,490
第2季已支用點數：	49,481,295
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：	90,216,785

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 90,216,785 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 211,000,000 - 90,216,785 = 120,783,215 \end{aligned}$$

(十一)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+108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%) + 328,100,000

= (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% + 328,100,000

= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 328,100,000

= 433,311,861

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。

(十二)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 = 1,346,000,000/4 = 336,500,000

	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	77,888,764	77,888,764	77,888,764
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	133,110,888	133,110,888	133,110,888
(C)自行就醫_住診	777,587	777,587	777,587
(D)小計	211,777,239	211,777,239	211,777,239
(4)合計			
暫結金額(JA+JB+JC) =	0 +	0 +	211,777,239 = 211,777,239
未支用金額 = 第1季原預算 - 暫結金額 =	336,500,000 -	211,777,239 =	124,722,761

第2季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,346,000,000/4 + 124,722,761 = 461,222,761

	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	98,436,096	98,436,096	98,436,096
(B)自行就醫_門診(含門診的急診)	148,172,435	148,172,435	148,172,435
(C)自行就醫_住診	862,381	862,381	862,381
(D)小計	247,470,912	247,470,912	247,470,912
(4)合計			
暫結金額(KA+KB+KC) =	0 +	0 +	247,470,912 = 247,470,912
未支用金額 = 第2季原預算 - 暫結金額 =	461,222,761 -	247,470,912 =	213,751,849

第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,346,000,000/4 + 213,751,849 = 550,251,849$$

	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	0	0	0
(B) 自行就醫_門診(含門診的急診)	0	0	0
(C) 自行就醫_住診	0	0	0
(D) 小計	0	0	0
(4) 合計			
暫結金額(LA+LB+LC) =	0 +	0 +	0 =
未支用金額 = 第3季原預算 - 暫結金額 =	550,251,849 -	0 =	550,251,849

第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,346,000,000/4 + 550,251,849 = 886,751,849$$

	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	0	0	0
(B) 自行就醫_門診(含門診的急診)	0	0	0
(C) 自行就醫_住診	0	0	0
(D) 小計	0	0	0
(4) 合計			
暫結金額(MA+MB+MC) =	0 +	0 +	0 =
未支用金額 = 第4季原預算 - 暫結金額 =	886,751,849 -	0 =	886,751,849

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：20

全年合計：

原預算 = 1,346,000,000

	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	176,324,860	176,324,860	176,324,860
(B) 自行就醫_門診(含門診的急診)	281,283,323	281,283,323	281,283,323
(C) 自行就醫_住診	1,639,968	1,639,968	1,639,968
(D) 小計	459,248,151	459,248,151	459,248,151
(4) 合計			
暫結金額(NA+NB+NC) =	0 +	0 + 459,248,151 =	459,248,151
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 =	1,346,000,000 -	459,248,151 =	886,751,849

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8月29日西醫基層總額研商議事會議108年第3次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，轉診成功部分比照107年結算方式，另增列自行就醫，並溯自108年1月生效。
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29)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、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)108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

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	108Q2	108Q2	103Q2 25%	104Q2 25%	105Q2 25%	106Q2 25%	108Q2	108Q2	103Q2 25%	104Q2 25%	105Q2 25%	106Q2 25%	108Q2
臺北分區	0.36721	0.32608	0.32505	0.32540	0.32556	0.32832	0.36310	0.91857	0.91555	0.91146	0.92632	0.92093	0.33308
北區分區	0.15385	0.15579	0.15354	0.15672	0.15759	0.15531	0.15404	1.08132	1.07964	1.09200	1.07881	1.07482	0.16634
中區分區	0.17883	0.18641	0.18741	0.18537	0.18542	0.18742	0.17959	1.04771	1.04236	1.04832	1.04808	1.05206	0.18790
南區分區	0.13503	0.14368	0.14473	0.14536	0.14353	0.14111	0.13590	1.01566	1.02785	1.01908	1.00263	1.01306	0.13784
高屏分區	0.14400	0.16045	0.16124	0.15944	0.16014	0.16099	0.14565	1.06938	1.07171	1.07253	1.06578	1.06750	0.15555
東區分區	0.02108	0.02759	0.02803	0.02771	0.02776	0.02685	0.02172	0.88890	0.89158	0.90008	0.87984	0.88411	0.01929
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)108年第2季提撥風險調整基金及106年論病例計酬案件點值差額之預算數前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【 67% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+33% × 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	= 28,814,108,117 × (67% × 0.33308(R)+ 33% × 0.32927(S)) =	9,561,175,153
北區分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.16634(R)+ 33% × 0.12511(S)) =	4,400,896,871
中區分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.18790(R)+ 33% × 0.18968(S)) =	5,431,096,322
南區分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.13784(R)+ 33% × 0.16769(S)) =	4,255,570,035
高屏分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.15555(R)+ 33% × 0.16279(S)) =	4,550,877,185
東區分區一般服務預算總額	= 28,814,108,117 × (67% × 0.01929(R)+ 33% × 0.02546(S)) =	614,492,551

總計

28,814,108,117

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 22

(三)108年第2季提撥風險調整基金及106年論病例計酬案件點值差額之預算數後，各分區一般服務預算總額

1. 各季分配

項目	108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	108年各季 預算占率	提撥106年論病例 計酬案件點值差額 之預算	108年各季移撥 風險調整基金預算 至點值落後地區	提撥扣除論病例 計酬案件及風險調 整基金後一般服務 醫療給付費用	北區提列風險 調整基金預算
季別	(D)	(C)	(W1)	(W2) =4.85億×C	(D1) =D-W1-W2	(W3) =1,500萬×C
第1季	28,694,162,163	0.24807955	25,061,775	120,318,582	28,548,781,806	3,721,193
第2季	28,814,108,117	0.24911656	70,920,871	120,821,532	28,622,365,714	3,736,748
第3季	28,157,959,362	0.24344373	79,802,756	118,070,209	27,960,086,397	3,651,656
第4季	29,998,934,488	0.25936016	43,154,527	125,789,677	29,829,990,284	3,890,403
合計	115,665,164,130	1.00000000	218,939,929	485,000,000	114,961,224,201	15,000,000

2. 本季各分區分配

分區	R 值	S 值	移撥論病例計酬案件 及風險調整基金後 一般服務預算總額 BD1 = D1 × (67% × R + 33% × S)	分配106年論病例 一般服務預算總額 (W1.1)	北區提列風險 調整基金預算 (W3)	調整後一般服 務費用總額 BD2 = BD1 + W1.1 - W3
臺北	0.33308	0.32927	9,497,550,672	42,935,663	0	9,540,486,335
北區	0.16634	0.12511	4,371,611,267	6,042,902	3,736,748	4,373,917,421
中區	0.18790	0.18968	5,394,955,295	11,293,471	0	5,406,248,766
南區	0.13784	0.16769	4,227,251,503	1,707,042	0	4,228,958,545
高屏	0.15555	0.16279	4,520,593,543	8,941,793	0	4,529,535,336
東區	0.01929	0.02546	610,403,434	0	0	610,403,434
合計	1.00000	1.00000	28,622,365,714	70,920,871	3,736,748	28,689,549,837

(四)調整「成長率」後各分區一般服務預算總額：

各分區費用成長率不得低於2.176%，東區費用成長率不得低於1.741%。

低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

1. 各分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	107年第2季 分區預算	108年第2季 分區預算調整 後一般服務費用 總額	各分區預算 原成長率	成長率下限 (東區1.741%，餘 五分區2.176%)	預訂第1次 調整後 成長率	預訂第1次 調整後 分區預算	預訂第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD2	$GR=BD2/A-1$	GL	G1	$J1=A \times (1+G1)$	$L1=J1-BD2>0$
臺北	9,215,098,219	9,540,486,335	3.531%	2.176%	3.531%	9,540,486,335	-
北區	4,218,266,457	4,373,917,421	3.690%	2.176%	3.690%	4,373,917,421	-
中區	5,257,549,846	5,406,248,766	2.828%	2.176%	2.828%	5,406,248,766	-
南區	4,187,708,600	4,228,958,545	0.985%	2.176%	2.176%	4,278,833,139	49,874,594
高屏	4,400,343,342	4,529,535,336	2.936%	2.176%	2.936%	4,529,535,336	-
東區	636,005,913	610,403,434	-4.026%	1.741%	1.741%	647,078,776	36,675,342
合計	27,914,972,377	28,689,549,837				28,776,099,773	86,549,936

註：1. 預訂第1次調整後成長率(G1)：

(1)當各分區預算原成長率(GR) < 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(G1) = 成長率下限(GL)。

(2)當各分區預算原成長率(GR) ≥ 成長率下限(GL)，則預訂第1次調整後成長率(G1) = 各分區預算原成長率(GR)。

2. 前一年分區預算(A)不含專款(強化基層照護能力開放表別)、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」導入一般服務預算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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
 結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

列印日期：108/11/28

108年第 2季

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 24

分區	107年第2季	108年第2季	預訂第1次	高於下限額	高於下限額	分攤	第1次	第1次
	分區預算	分區預算調整 後一般服務費用 總額	調整後不 足之額度	高於下限額 之分區預算	度之分區 預算占率		調整後 分區預算	調整後 成長率
	A	BD2	S1=L1合計	D2=BD2	E1 =D2/加總D2	R1=S1×E1	J2=BD2+L1-R1	G2=J2 /A-1
臺北	9,215,098,219	9,540,486,335		9,540,486,335	40.001724%	34,621,467	9,505,864,868	3.155%
北區	4,218,266,457	4,373,917,421		4,373,917,421	18.339132%	15,872,507	4,358,044,914	3.314%
中區	5,257,549,846	5,406,248,766		5,406,248,766	22.667531%	19,618,734	5,386,630,032	2.455%
南區	4,187,708,600	4,228,958,545		-	-	-	4,278,833,139	2.176%
高屏	4,400,343,342	4,529,535,336		4,529,535,336	18.991613%	16,437,228	4,513,098,108	2.562%
東區	636,005,913	610,403,434		-	-	-	647,078,776	1.741%
合計	27,914,972,377	28,689,549,837	86,549,936	23,850,187,858	100.000000%	86,549,936	28,689,549,837	

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額(J2)各別加總後與分區一般服務預算總額(BD2)所產生之數元誤差，最後分區(東區)一般服務預算 = 分區一般服務預算總額(BD2)減去其他五分區一般服務預算總額(J2)。
2. 108年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
 - (1) 108年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥風險調整基金5億元(六分區提列4.85億元，北區另再提列1,500萬元)，並依108年一般服務費用4季占率分季提列，另提撥106年論病例計酬案件點值差額之預算數。
 - (2) 108年西醫基層總額六分區一般服務費用預算，依據67%之R值及33%S值比率分配。
 - (3) 108年西醫基層總額六分區一般服務費用預算，五分區費用成長率不得低於2.176%，東區費用成長率不得低於1.741%。
低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
 - (4) 108年西醫基層總額分區費用依調整查處追扣金額及「強化基層照護能力及開放表別項目」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」、「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」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議併一般服務費用結算後，浮動點值排序第5名及第6名之分區(共2區)，為點值落後地區。
 - (5) 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第4名之分區浮動點值為止。風險調整基金移撥金額比率如下：
 - A. 點值排序第6名之地區為[臺北區]時：第5名分區占30%，第6名分區占70%。
 - B. 點值排序第6名之地區非[臺北區]時：第5名分區占50%，第6名分區占50%。
 - (6) 當季風險調整基金移撥後若有剩餘，則移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如108年第4季計算後仍有剩餘或未動用之撥補款，則依六分區一般服務費用成長率調整及撥補後之預算占率，攤分至各區預算。
3. R值、SMR及TRANS則以103-106年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：26

(五)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：

106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108年六分區地區預算分配扣除項目。

108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—6,043,700元；北區分區—442,097元；中區分區—2,058,646元；

南區分區—912,235元；高屏分區—4,102,340元；東區分區—251,668元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年各季預算占率(Ra)		0.24808055	0.24911136	0.24334863	0.25945946	1
		(J2_q1)	(J2_q2)	(J2_q3)	(J2_q4)	(加總J2)
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(J2)	臺北分區	9,387,737,271	9,505,864,868	0	0	18,893,602,139
	北區分區	4,320,355,151	4,358,044,914	0	0	8,678,400,065
	中區分區	5,423,219,577	5,386,630,032	0	0	10,809,849,609
	南區分區	4,252,469,107	4,278,833,139	0	0	8,531,302,246
	高屏分區	4,551,710,527	4,513,098,108	0	0	9,064,808,635
	東區分區	634,630,755	647,078,776	0	0	1,281,709,531
	小計	28,570,122,388	28,689,549,837	0	0	57,259,672,225
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額(BK)=各分區(應減列金額K)×106年各季預算占率(Ra)	臺北分區	1,499,324	1,505,554	1,470,726	1,568,096	6,043,700
	北區分區	109,676	110,131	107,584	114,706	442,097
	中區分區	510,710	512,832	500,969	534,135	2,058,646
	南區分區	226,308	227,248	221,991	236,688	912,235
	高屏分區	1,017,711	1,021,939	998,299	1,064,391	4,102,340
	東區分區	62,434	62,693	61,243	65,298	251,668
	小計(KS)	3,426,163	3,440,397	3,360,812	3,583,314	13,810,686
4. 106年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32765704	0.32882787	0.32875186	0.33017299	
	北區分區	0.14915795	0.15066837	0.15023993	0.14966371	
	中區分區	0.19106154	0.18869104	0.18767985	0.18714669	
	南區分區	0.15074304	0.15104994	0.15036708	0.14992303	
	高屏分區	0.15879055	0.15781814	0.16047845	0.16097077	
	東區分區	0.02258988	0.02294464	0.02248283	0.02212281	
	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：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

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)×106年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	1,122,606	1,131,298	1,104,873	1,183,113	4,541,890
	北區分區	511,039	518,359	504,928	536,292	2,070,618
	中區分區	654,608	649,172	630,757	670,605	2,605,142
	南區分區	516,470	519,672	505,355	537,221	2,078,718
	高屏分區	544,042	542,957	539,338	576,809	2,203,146
	東區分區	77,398	78,939	75,561	79,274	311,172
小計		3,426,163	3,440,397	3,360,812	3,583,314	13,810,686
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=J2-BK+BL		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
	臺北分區	9,387,360,553	9,505,490,612	0	0	18,892,851,165
	北區分區	4,320,756,514	4,358,453,142	0	0	8,679,209,656
	中區分區	5,423,363,475	5,386,766,372	0	0	10,810,129,847
	南區分區	4,252,759,269	4,279,125,563	0	0	8,531,884,832
	高屏分區	4,551,236,858	4,512,619,126	0	0	9,063,855,984
東區分區	634,645,719	647,095,022	0	0	1,281,740,741	
小計		28,570,122,388	28,689,549,837	0	0	57,259,672,225
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	43,320,827	39,500,489	0	0	82,821,316
	北區分區	21,775,578	20,923,760	0	0	42,699,338
	中區分區	29,195,780	34,067,483	0	0	63,263,263
	南區分區	15,952,925	20,139,647	0	0	36,092,572
	高屏分區	11,967,548	16,253,570	0	0	28,221,118
東區分區	1,825,813	2,277,096	0	0	4,102,909	
小計		124,038,471	133,162,045	0	0	257,200,516

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：28

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	9,430,681,380	9,544,991,101	0	0	18,975,672,481
分區一般服務預算總額	北區分區	4,342,532,092	4,379,376,902	0	0	8,721,908,994
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,452,559,255	5,420,833,855	0	0	10,873,393,110
	南區分區	4,268,712,194	4,299,265,210	0	0	8,567,977,404
	高屏分區	4,563,204,406	4,528,872,696	0	0	9,092,077,102
	東區分區	636,471,532	649,372,118	0	0	1,285,843,650
	小計	28,694,160,859	28,822,711,882	0	0	57,516,872,741
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病	臺北分區	70,983	105,268	0	0	176,251
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	56,089	56,124	0	0	112,213
費用」(BX=1元/點xBQ)(註3)	中區分區	54,352	81,565	0	0	135,917
	南區分區	80,320	127,481	0	0	207,801
	高屏分區	50,130	52,991	0	0	103,121
	東區分區	45	704	0	0	749
	小計	311,919	424,133	0	0	736,052
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病	臺北分區	9,430,752,363	9,545,096,369	0	0	18,975,848,732
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	4,342,588,181	4,379,433,026	0	0	8,722,021,207
費用」後分區一般服務預算總額	中區分區	5,452,613,607	5,420,915,420	0	0	10,873,529,027
(BD5)=BD4+BX	南區分區	4,268,792,514	4,299,392,691	0	0	8,568,185,205
	高屏分區	4,563,254,536	4,528,925,687	0	0	9,092,180,223
	東區分區	636,471,577	649,372,822	0	0	1,285,844,399
	小計	28,694,472,778	28,823,136,015	0	0	57,517,608,793

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第2季

結算主要費用年月起迄：108/04-108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：29

		(BZ_q1)	(BZ_q2)(註5)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ=1元/點×KC)(註4)	臺北分區	8,610,668	98,921,547	0	0	107,532,215
	北區分區	23,329,514	73,486,227	0	0	96,815,741
	中區分區	14,796,071	81,010,148	0	0	95,806,219
	南區分區	20,645,530	60,217,066	0	0	80,862,596
	高屏分區	8,882,364	57,688,636	0	0	66,571,000
	東區分區	1,624,617	10,035,763	0	0	11,660,380
	小計	77,888,764	381,359,387	0	0	459,248,151
		(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
12. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額(BD6)=BD5+BZ	臺北分區	9,439,363,031	9,644,017,916	0	0	19,083,380,947
	北區分區	4,365,917,695	4,452,919,253	0	0	8,818,836,948
	中區分區	5,467,409,678	5,501,925,568	0	0	10,969,335,246
	南區分區	4,289,438,044	4,359,609,757	0	0	8,649,047,801
	高屏分區	4,572,136,900	4,586,614,323	0	0	9,158,751,223
	東區分區	638,096,194	659,408,585	0	0	1,297,504,779
	小計	28,772,361,542	29,204,495,402	0	0	57,976,856,944

註：

- 依據108年5月23日西醫基層總額研商議事會議108第2次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會108年5月1日全醫聯字第1080000550號函所送「108年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 106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108年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 108年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
臺北-6,043,700元、北區-442,097元、中區-2,058,646元、南區-912,235元、高屏-4,102,340元、東區-251,668元。
 - 108年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依106年四季預算占率計算。
 - 108年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依106年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至108年六分區各該季費用預算。
- 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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，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；「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」依實際執行併入一般服務費用結算。
- 依據108年5月23日西醫基層總額研商議事會議108第2次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。
- 依據108年8月29日西醫基層總額研商議事會議108年第3次會議決議其他預算「基層總額轉診型態調整費用」，自行就醫溯自108年1月生效，108年第1季費用依各分區實際影響之點數，以每點1元併入108年第2季一般預算結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：30

四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	6,149,277,091(BF)	0.90441573	-----	2,100,388,852	1,883,026
	2-北區分區	538,272,577	0.90441573	486,822,186	196,353,283	
	3-中區分區	351,084,246	0.90441573	317,526,115	126,118,265	
	4-南區分區	222,546,536	0.90441573	201,274,588	83,511,762	
	5-高屏分區	280,229,347	0.90441573	253,443,829	103,016,716	
	6-東區分區	39,622,309	0.90441573	35,835,040	18,486,821	
	7-合計	7,581,032,106(GF)		1,294,901,758(AF)	2,627,875,699(BG)	1,883,026(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	360,901,686	0.97241128	350,944,870	124,635,635	
	2-北區分區	2,590,446,949(BF)	0.97241128	-----	1,005,080,501	1,968,991
	3-中區分區	148,676,282	0.97241128	144,574,494	56,820,269	
	4-南區分區	91,355,692	0.97241128	88,835,305	32,366,016	
	5-高屏分區	57,942,820	0.97241128	56,344,252	22,295,591	
	6-東區分區	9,018,285	0.97241128	8,769,482	4,258,961	
	7-合計	3,258,341,714(GF)		649,468,403(AF)	1,245,456,973(BG)	1,968,991(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	116,911,681	0.96857417	113,237,634	40,820,119	
	2-北區分區	71,022,373	0.96857417	68,790,436	27,261,376	
	3-中區分區	3,687,237,915(BF)	0.96857417	-----	1,455,859,054	2,541,082
	4-南區分區	86,985,228	0.96857417	84,251,645	31,212,275	
	5-高屏分區	53,184,340	0.96857417	51,512,978	20,251,200	
	6-東區分區	5,979,471	0.96857417	5,791,561	3,383,069	
	7-合計	4,021,321,008(GF)		323,584,254(AF)	1,578,787,093(BG)	2,541,082(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R03

西醫基層非門診透析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：108/11/28

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：31

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	119,299,489	1.01139020	120,658,334	43,785,321	
	2-北區分區	48,511,331	1.01139020	49,063,885	18,547,053	
	3-中區分區	107,819,358	1.01139020	109,047,442	42,569,056	
	4-南區分區	2,644,060,480(BF)	1.01139020	-----	1,084,473,810	793,758
	5-高屏分區	131,117,666	1.01139020	132,611,122	55,007,936	
	6-東區分區	4,667,178	1.01139020	4,720,338	2,466,245	
	7-合計	3,055,475,502(GF)		416,101,121(AF)	1,246,849,421(BG)	793,758(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	71,076,732	0.96857417	68,843,087	24,915,497	
	2-北區分區	31,967,527	0.96857417	30,962,921	12,102,227	
	3-中區分區	55,699,944	0.96857417	53,949,527	21,839,593	
	4-南區分區	127,610,275	0.96857417	123,600,016	51,427,177	
	5-高屏分區	3,017,833,603(BF)	0.96857417	-----	1,273,720,102	521,352
	6-東區分區	7,475,412	0.96857417	7,240,491	3,690,253	
	7-合計	3,311,663,493(GF)		284,596,042(AF)	1,387,694,849(BG)	521,352(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	26,074,336	1.11493142	29,071,096	11,236,037	
	2-北區分區	12,494,909	1.11493142	13,930,967	5,302,007	
	3-中區分區	9,033,278	1.11493142	10,071,485	4,044,428	
	4-南區分區	8,804,411	1.11493142	9,816,314	2,468,892	
	5-高屏分區	10,956,654	1.11493142	12,215,918	4,519,748	
	6-東區分區	344,816,278(BF)	1.11493142	-----	180,997,746	163,852
	7-合計	412,179,866(GF)		75,105,780(AF)	208,568,858(BG)	163,852(BJ)

五、調整風險基金移撥後各分區一般服務預算總額

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(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
 - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 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)

臺北分區	= [9,644,017,916 + 512,946 - 1,294,901,758 - (2,627,875,699 - 309,530 - 0) - 1,883,026] / 6,149,277,091 = 0.93021990 (點值排序：6)
北區分區	= [4,452,919,253 + 3,790,400 - 649,468,403 - (1,245,456,973 - 147,431 - 62,782) - 1,968,991] / 2,590,446,949 = 0.98825629 (點值排序：3)
中區分區	= [5,501,925,568 + 1,885,494 - 323,584,254 - (1,578,787,093 - 297,725 - 0) - 2,541,082] / 3,687,237,915 = 0.97612263 (點值排序：4)
南區分區	= [4,359,609,757 + 11,196,722 - 416,101,121 - (1,246,849,421 - 30,788 - 0) - 793,758] / 2,644,060,480 = 1.02383928 (點值排序：2)
高屏分區	= [4,586,614,323 + 6,172,556 - 284,596,042 - (1,387,694,849 - 350,378 - 0) - 521,352] / 3,017,833,603 = 0.96768921 (點值排序：5)
東區分區	= [659,408,585 + 18,818,370 - 75,105,780 - (208,568,858 - 55,929 - 0) - 163,852] / 344,816,278 = 1.14392626 (點值排序：1)

註：點值落後地區定義：浮動點值排序第5名及第6名之分區為點值落後地區。

2. 風險基金移撥點值落後區後一般服務預算

分區	分區一般服務預算 (BD6)	108年第2季移撥 風險調整基金至 點值落後地區預算 (W2)	北區提列風險 調整基金預算 (W3)	前一季風險調整 基金未支用金額 (W4) (註2)	108年第2季 風險調整基金 分配預算 (F1) = W2+W3+W4	如全額依風險調整 基金移撥比率提供 至點值落後區 F2(註1)	108年第2季如全額 調整移撥款後分區 一般服務預算總額 (BD7) =BD6+F2
臺北	9,644,017,916					109,578,162	9,753,596,078
北區	4,452,919,253					0	4,452,919,253
中區	5,501,925,568					0	5,501,925,568
南區	4,359,609,757					0	4,359,609,757
高屏	4,586,614,323					46,962,070	4,633,576,393
東區	659,408,585					0	659,408,585
合計	29,204,495,402	120,821,532	3,736,748	31,981,952	156,540,232	156,540,232	29,361,035,634

註：

1. 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第4名之分區浮動點值為止。風險調整基金移撥金額比率如下：

(1) 點值排序第6名之地區為[臺北區]時：第5名分區占30%，第6名分區占70%。

(2) 點值排序第6名之地區非[臺北區]時：第5名分區占50%，第6名分區占50%。

2. 當季風險調整基金移撥後若有剩餘，則移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如108年第4季計算後仍有剩餘或未動用之撥補款，則依六分區一般服務費用成長率調整及撥補後之預算占率，攤分至各區預算。

六、風險基金如全額移撥後一般服務各分區浮動及平均點值之計算

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{如全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\ - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) \\ - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

$$\text{臺北分區} = [9,753,596,078 + 512,946 - 1,294,901,758 - (2,627,875,699 - 309,530 - 0) - 1,883,026] / 6,149,277,091 = 0.94803958 \text{ (點值排序:6)}$$

$$\text{北區分區} = [4,452,919,253 + 3,790,400 - 649,468,403 - (1,245,456,973 - 147,431 - 62,782) - 1,968,991] / 2,590,446,949 = 0.98825629 \text{ (點值排序:3)}$$

$$\text{中區分區} = [5,501,925,568 + 1,885,494 - 323,584,254 - (1,578,787,093 - 297,725 - 0) - 2,541,082] / 3,687,237,915 = 0.97612263 \text{ (點值排序:5)}$$

$$\text{南區分區} = [4,359,609,757 + 11,196,722 - 416,101,121 - (1,246,849,421 - 30,788 - 0) - 793,758] / 2,644,060,480 = 1.02383928 \text{ (點值排序:2)}$$

$$\text{高屏分區} = [4,633,576,393 + 6,172,556 - 284,596,042 - (1,387,694,849 - 350,378 - 0) - 521,352] / 3,017,833,603 = 0.98325073 \text{ (點值排序:4)}$$

$$\text{東區分區} = [659,408,585 + 18,818,370 - 75,105,780 - (208,568,858 - 55,929 - 0) - 163,852] / 344,816,278 = 1.14392626 \text{ (點值排序:1)}$$

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總} [\text{如全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [29,361,035,634 + 42,376,488 - (8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782) - 7,872,061] / 21,640,013,689 = 0.97511776$$

3. 一般服務分區平均點值 = [如全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7)
 + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]
 / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區 = [9,753,596,078 + 512,946] / [7,581,032,106 + 2,627,875,699 - 309,530 - 0 + 1,883,026] = 0.95530355
 北區分區 = [4,452,919,253 + 3,790,400] / [3,258,341,714 + 1,245,456,973 - 147,431 - 62,782 + 1,968,991] = 0.98915832
 中區分區 = [5,501,925,568 + 1,885,494] / [4,021,321,008 + 1,578,787,093 - 297,725 - 0 + 2,541,082] = 0.98241089
 南區分區 = [4,359,609,757 + 11,196,722] / [3,055,475,502 + 1,246,849,421 - 30,788 - 0 + 793,758] = 1.01573721
 高屏分區 = [4,633,576,393 + 6,172,556] / [3,311,663,493 + 1,387,694,849 - 350,378 - 0 + 521,352] = 0.98727950
 東區分區 = [659,408,585 + 18,818,370] / [412,179,866 + 208,568,858 - 55,929 - 0 + 163,852] = 1.09240508

4. 一般服務全區平均點值
 = [29,361,035,634 + 42,376,488] / [21,640,013,689 + 8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782 + 7,872,061] = 0.98201675

七、修正後一般服務服務各分區點值之計算

1. 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第4名之分區浮動點值為止。

分區	依風險調整基金 移撥比率提供至 點值落後區	如全額調整移撥款 後分區一般服務 預算總額	風險基金如全額移 撥後一般服務浮動 每點支付金額	本季風險調整基金 支用金額	風險調整基金 未支用金額	修正後分區 一般服務預算	修正後一般服 務浮動每點支 付金額
	F2	BD7 =BD6+F2	Z	F3	T1(註1)	BD8 =BD6+F3	Z1(註2)
臺北	109,578,162	9,753,596,078	0.94803958 (點值排序：6)	109,578,162	0	9,753,596,078	0.94803958 (點值排序：6)
北區	0	4,452,919,253	0.98825629 (點值排序：3)	0	0	4,452,919,253	0.98825629 (點值排序：3)
中區	0	5,501,925,568	0.97612263 (點值排序：5)	0	0	5,501,925,568	0.97612263 (點值排序：4)
南區	0	4,359,609,757	1.02383928 (點值排序：2)	0	0	4,359,609,757	1.02383928 (點值排序：2)
高屏	46,962,070	4,633,576,393	0.98325073 (點值排序：4)	25,450,659	21,511,411	4,612,064,982	0.97612263 (點值排序：4)
東區	0	659,408,585	1.14392626 (點值排序：1)	0	0	659,408,585	1.14392626 (點值排序：1)
合計	156,540,232	29,361,035,634		135,028,821	21,511,411	29,339,524,223	

註：

1. 風險基金未支用金額(T1) = [如全額調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - 投保該分區至其他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)] - 撥補後點值 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
2. 修正後一般服務浮動每點支付金額(Z1) = [修正後分區一般服務預算總額(BD8) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - 投保該分區至其他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)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

2. 修正後一般服務分區浮動每點支付金額

臺北分區	= [9,753,596,078 + 512,946 - 1,294,901,758 - (2,627,875,699 - 309,530 - 0) - 1,883,026] / 6,149,277,091 = 0.94803958
北區分區	= [4,452,919,253 + 3,790,400 - 649,468,403 - (1,245,456,973 - 147,431 - 62,782) - 1,968,991] / 2,590,446,949 = 0.98825629
中區分區	= [5,501,925,568 + 1,885,494 - 323,584,254 - (1,578,787,093 - 297,725 - 0) - 2,541,082] / 3,687,237,915 = 0.97612263
南區分區	= [4,359,609,757 + 11,196,722 - 416,101,121 - (1,246,849,421 - 30,788 - 0) - 793,758] / 2,644,060,480 = 1.02383928
高屏分區	= [4,612,064,982 + 6,172,556 - 284,596,042 - (1,387,694,849 - 350,378 - 0) - 521,352] / 3,017,833,603 = 0.97612263
東區分區	= [659,408,585 + 18,818,370 - 75,105,780 - (208,568,858 - 55,929 - 0) - 163,852] / 344,816,278 = 1.14392626

3. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD8)

$$\begin{aligned}
 & + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\
 & - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款}) \\
 & - \text{自墊核退點數(BJ)} \\
 & / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 & = [29,339,524,223 + 42,376,488 - (8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782) - 7,872,061] / 21,640,013,689 = 0.97412371
 \end{aligned}$$

4. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD8)

	+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]
	/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]
臺北分區	= [9,753,596,078 + 512,946] / [7,581,032,106 + 2,627,875,699 - 309,530 - 0 + 1,883,026] = 0.95530355
北區分區	= [4,452,919,253 + 3,790,400] / [3,258,341,714 + 1,245,456,973 - 147,431 - 62,782 + 1,968,991] = 0.98915832
中區分區	= [5,501,925,568 + 1,885,494] / [4,021,321,008 + 1,578,787,093 - 297,725 - 0 + 2,541,082] = 0.98241089
南區分區	= [4,359,609,757 + 11,196,722] / [3,055,475,502 + 1,246,849,421 - 30,788 - 0 + 793,758] = 1.01573721
高屏分區	= [4,612,064,982 + 6,172,556] / [3,311,663,493 + 1,387,694,849 - 350,378 - 0 + 521,352] = 0.98270214
東區分區	= [659,408,585 + 18,818,370] / [412,179,866 + 208,568,858 - 55,929 - 0 + 163,852] = 1.09240508

5. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [29,339,524,223 + 42,376,488] / [21,640,013,689 + 8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782 + 7,872,061] = 0.98129831$$

$$\begin{aligned}
& 6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總}[\text{修正後分區一般服務預算總額(BD8)} \\
& \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
& \quad \div \text{加總分區}[\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} - \text{緩起訴捐助款} \\
& \quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\
& = [29,339,524,223 + 42,376,488 + 1,224,758,323] \div [21,640,013,689 + 8,295,232,893 - 1,191,781 - 62,782 + 7,872,061 + 1,220,947,382] \\
& = 0.98215333
\end{aligned}$$

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病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(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
 = 319,908,056 + 583,229,879 + 49,250,000 + 84,730,705 + 29,753,950 + 169,964 + 49,481,295 + 108,234,474
 = 1,224,758,323
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. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 108年品質保證保留款預算/4

八、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 - 費用年月108/03(含)以前:於108/07/01~108/09/30期間核付者。
 - 費用年月108/04~108/06:於108/04/01~108/09/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。