

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國113年9月12日

發文字號：健保醫字第1130664355號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：113年第1季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說  
明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年8月22日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額113年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自113年9月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依113年第1季結算點值辦理，並於113年9月辦理點值結算追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



裝

訂



線



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03  
113年第1季

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  
結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

列印日期：113/08/20

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)113年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$= (112\text{年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 111\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(112\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款}) \times (1+4.475\%)$$

$$= (31,979,199,054 + (-276,167,956) + 37,918,734) \times (1+4.475\%)$$

$$= 33,161,357,337(\text{G})$$

(二)113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	110年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	111年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	111年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B3)	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	111年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B4)	112年總額 違反特管辦法 之扣款 (B5)
季別				(註5)	$= (A1 + B1 + B2 - B3) \times (1 + 2.172\%)$		(註3)
第1季	31,424,380,930	-100,605,094	22,498,870	46,898,112	31,979,199,054	-276,167,956	37,918,734
第2季	31,494,664,983	-139,329,056	22,498,870	46,898,112	32,011,444,630	-347,848,744	37,918,734
第3季	30,744,811,791	-144,772,817	22,498,870	46,898,112	31,239,742,627	-292,958,836	37,918,734
第4季	32,713,722,898	-187,973,790	22,498,871	46,898,113	33,207,279,185	-207,364,462	37,918,734
合計	126,377,580,602	-572,680,757	89,995,481	187,592,449	128,437,665,496	-1,124,339,998	151,674,936

項目	113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)	113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)	113年各季 預算占率 (C)	113年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	113年風險調整 移撥款撥補 (不含撥補臺北區) (F3)	112年調升護理 人力診察費 (F4)	113年調升護理 人力診察費 (F5)	113年各季調整後 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D1) = (D) - (F2)
季別	$= (G0 + B4 + B5) \times (1 + 4.475\%)$	(註4)	$= (G) - (F1)$		$= 3\text{億} \times (C)$ (註7)	$= 3\text{億} \times (C)$ (註7)			$= (D1) - (F2) - (F3) - (F4) - (F5)$
第1季	33,161,357,337	26,100,987	33,135,256,350	0.24901772	74,705,316	74,705,316	164,825,000	164,825,000	32,656,195,718
第2季	33,120,157,399	26,209,474	33,093,947,925	0.24870728	74,612,184	74,612,184	164,825,000	164,825,000	32,615,073,557
第3季	32,371,267,963	25,603,157	32,345,664,806	0.24308379	72,925,137	72,925,137	164,825,000	164,825,000	31,870,164,532
第4季	34,516,276,504	27,298,243	34,488,978,261	0.25919121	77,757,363	77,757,363	164,825,000	164,825,000	34,003,813,535
合計	133,169,059,203	105,211,861	133,063,847,342	1.00000000	300,000,000	300,000,000	659,300,000	659,300,000	131,145,247,342

註：

1. 112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)  
 = (111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+111年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)-111年新醫療科技項目未導入預算(B3)) × (1+2.172%)。
2. 113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)  
 = (112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+112年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B5)-112年新醫療科技項目未導入預算(B6)) × (1+4.475%)。  
 ※一般服務成長率為4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.517%，協商因素成長率0.958%。
3. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113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112年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、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。  
 ※113年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)151,674,936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112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113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113年度之品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。
5. 111年新醫療科技項目未導入預算(B3)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，111年新增診療項目未於時程內導入之預算有187,592,449元，自112年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額112年5月25日第2次研商議事會議報告。
6. 113年新醫療科技項目未導入預算(B7)：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，113年度藥品及特材給付規定改變，若未於時程內導入，則扣減該額度。
7. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。
8. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。  
 ※113年各季預算占率(C)：依113年各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D)之各季預算占率。

(三)113年第1季門診透析服務預算

$$= (112年第1季西醫基層門診透析服務預算) \times (1+4.587\%)$$

$$= (4,967,125,082) \times (1+4.587\%)$$

$$= 5,194,967,110$$

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。

(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：	第2季已結算金額：	第3季已結算金額：
臺北分區： 4,007,640	臺北分區： 0	臺北分區： 0
北區分區： 1,361,920	北區分區： 0	北區分區： 0
中區分區： 1,243,200	中區分區： 0	中區分區： 0
南區分區： 1,537,480	南區分區： 0	南區分區： 0
高屏分區： 452,480	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： 8,602,720	小計： 0	小計： 0

  

第4季已結算金額：	全年已結算金額：
臺北分區： 0	臺北分區： 4,007,640
北區分區： 0	北區分區： 1,361,920
中區分區： 0	中區分區： 1,243,200
南區分區： 0	南區分區： 1,537,480
高屏分區： 0	高屏分區： 452,480
東區分區： 0	東區分區： 0
小計： 0	小計： 8,602,720

## 二、專款項目費用

(一)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 317,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=317,100,000/4= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	692,106	收入	2,924,896 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	20,781,100 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	5,327,528 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:	折付比例	0.97161979	點值補助差額	41,746,985 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	8,494,491 (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	1,933,392 (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= 79,275,000

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)= 79,275,000

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

= 41,746,985 / 42,966,380 = 0.97161979。

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 0= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	0	收入	0 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	0 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	0 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	0 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	0 (K6)
(5)診察費及診療費點值差額K7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (K8)	點值補助差額	0 (K7)

不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點×(K2+K3+K4+K6已支用點數)+K5= 0

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= 79,275,000

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)= 0

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 79,275,000

## 第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 79,275,000= 158,550,000

(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= 158,550,000

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

= 158,550,000

## 第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+158,550,000= 237,825,000

(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= 237,825,000

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

= 237,825,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：6

合計：

全年預算=317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	692,106	收入	2,924,896 (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	20,781,100 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	5,327,528 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	41,746,985 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	8,494,491 (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	1,933,392 (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= 79,275,000

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  
=237,825,000

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)= 79,275,000

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)  
= 79,275,000+ 0+ 0+ 0= 79,275,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額  
= 237,825,000

註:依據衛生福利部113年2月16日健保醫字第1130102580號公告「113年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」,本方案依部門別預算按季均分,西醫基層診所:先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用,每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘,優先支應巡迴計畫之論次計酬,且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費,依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後,若有結餘,再流用至下季。若全年經費尚有結餘,則進行全年結算,惟每點支付金額不高於1元。全年結算時,全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算,惟每點支付金額不高於1元。



## (二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算 = 4,248,000,000

## 1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： 642,588,265

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： 642,588,265

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 642,588,265

## 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： 5,000

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： 5,000

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 5,000

## 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. 糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費

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

## 6. 合計

第1季已支用點數： 642,593,265

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： 642,593,265

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 642,593,265

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,605,406,735

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點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」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。

[補充]:

## 112年家庭醫師整合性照護計畫

## 1. 個案管理費(1元/點)

結算年112年第1季已支用點數： -16,405,475

第2季已支用點數： 631,284,099

第3季已支用點數： 199,000

第4季已支用點數： -1,124,271

全年已支用點數： 613,953,353

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 613,953,353

結算年113年已支用點數： 642,588,265(傳票日期:113/06/13前核付)

合計已支用點數 = 1,256,541,618

已結算金額 = 1,256,541,618

## 2. 績效獎勵費用

結算年112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113年已支用點數： 2,239,409,173(傳票日期:113/07/03前核付)

合計已支用點數 = 2,239,409,173

已結算金額 = 2,239,409,173

## 3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數： 15,100 結算金額： 15,100

第2季：已支用點數： 33,600 結算金額： 33,600

第3季：已支用點數： 13,500 結算金額： 13,500

第4季：已支用點數： 16,800 結算金額： 16,800

全年：已支用點數： 79,000 結算金額： 79,000

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 79,000

已結算金額 = 79,000

## 4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年112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

$$\text{已支用金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0$$

結算年113年已支用點數：438,170,500(傳票日期:113/07/03前核付)

$$\text{合計已支用點數} = 438,170,500$$

$$\text{已結算金額} = 438,170,500$$

## 5. 合計：

結算年112年第1季已支用點數：	-16,390,375
第2季已支用點數：	631,317,699
第3季已支用點數：	212,500
第4季已支用點數：	-1,107,471
全年已支用點數：	614,032,353

結算年113年已支用點數：3,320,167,938(傳票日期:113/07/03前核付)

合計已支用點數：3,934,200,291

112年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,934,200,291

$$\text{全年未支用金額} = \text{全年預算} - \text{已結算金額} = 3,948,000,000 - 3,934,200,291 = 13,799,709$$

- 註：1. 依據113年4月17日健保醫字第11301074182號公告修正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點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」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. 全年結算浮動點值 = (全年預算 - 個案管理費 - 偏遠地區參與診所績效獎勵費 - 特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用) / (績效獎勵費用 + 失智症門診照護家庭諮詢費用 + 多重慢性病人門診整合費用) = 1.00000000
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用以結算金額計算。

=====

(三)代謝症候群防治計畫 全年預算= 616,000,000

第1季

$$\text{預算} = 616,000,000 / 4 = 154,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 51,420,500$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 51,420,500 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 102,579,500 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 616,000,000 / 4 + 102,579,500 = 256,579,500$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 256,579,500 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 616,000,000 / 4 + 256,579,500 = 410,579,500$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 410,579,500 \end{aligned}$$

## =====

## 第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 616,000,000 / 4 + 410,579,500 = 564,579,500

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  
= 564,579,500

## 全年合計

全年預算 = 616,000,000

已支用點數 = 51,420,500

暫結金額 = 51,420,500 + 0 + 0 + 0 = 51,420,500

未支用金額 = 616,000,000 - 51,420,500 = 564,579,500

註：依據113年1月23日健保醫字第1130101371號公告修正全民健康保險代謝症候群防治計畫，本計畫經費按季均分，醫令代碼「P7501C」、「P7502C」及「P7503C」以每點1元支付，各項獎勵費則採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(四)C型肝炎藥費 全年預算=292,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

## 1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

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

## 2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	117,450,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	117,450,090
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：	117,450,090	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	117,450,090

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：13

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	117,450,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	117,450,090
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：	117,450,090	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	117,450,090

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	34,013,904	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	34,013,904
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：	34,013,904	全年合計金額：	0	全年合計金額：	34,013,904

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	83,436,186	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	83,436,186
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	83,436,186	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	83,436,186

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 117,450,090 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 292,000,000 - (117,450,090 - 34,013,904) \\ &= 292,000,000 - 83,436,186 \\ &= 208,563,814 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

=====

(五)醫療給付改善方案 全年預算= 900,300,000

## 1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,830,800

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 = 11,830,800

## 2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

## 2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 98,961,370

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 = 98,961,370

## 2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 46,548,000

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 = 46,548,000

## 2.3 胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

## 2.9 合計

第1季已支用點數： 145,509,370

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 = 145,509,370

## 3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 128,675

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 = 128,675



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： 3,755,100  
 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 = 3,755,100

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,121,900  
 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 = 2,121,900

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 107,000  
 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 = 107,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 244,400  
 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 = 244,400

8. 生物相似性藥品

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： 163,697,245  
 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 = 163,697,245

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 736,602,755

(六)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算 = 1,320,000,000

第1季：	113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：98,210,406	臺北分區：2,422,191	臺北分區：95,788,215
	北區分區：58,170,896	北區分區：226,208	北區分區：57,944,688
	中區分區：73,220,978	中區分區：2,675,899	中區分區：70,545,079
	南區分區：50,688,591	南區分區：1,308,607	南區分區：49,379,984
	高屏分區：41,586,957	高屏分區：88,032	高屏分區：41,498,925
	東區分區：4,573,350	東區分區：32,576	東區分區：4,540,774
	小計：326,451,178	小計：6,753,513	小計：319,697,665

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 319,697,665

第2季：	113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：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

第3季：	113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：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：17

第4季：	113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：	113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：98,210,406	臺北分區：2,422,191	臺北分區：95,788,215
	北區分區：58,170,896	北區分區：226,208	北區分區：57,944,688
	中區分區：73,220,978	中區分區：2,675,899	中區分區：70,545,079
	南區分區：50,688,591	南區分區：1,308,607	南區分區：49,379,984
	高屏分區：41,586,957	高屏分區：88,032	高屏分區：41,498,925
	東區分區：4,573,350	東區分區：32,576	東區分區：4,540,774
	小計：326,451,178	小計：6,753,513	小計：319,697,665

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 319,697,665

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,302,335

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

=====

(七)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算= 258,000,000

第1季:

預算=258,000,000/4= 64,500,000

已支用點數：38,125,150 (傳票日期：113年7月11日前核付)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數  
= 38,125,150

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額  
= 26,374,850

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 26,374,850= 90,874,850

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2季預算 - 暫結金額  
= 90,874,850

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 90,874,850=155,374,850

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  
= 155,374,850

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 155,374,850=219,874,850

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  
= 219,874,850

全年合計:

全年預算=258,000,000

已支用點數：38,125,150

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 38,125,150 + 0 + 0 + 0 = 38,125,150

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 258,000,000 - 38,125,150 = 219,874,850

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

=====

(八)基層診所產婦生產補助試辦計畫 全年預算 = 50,000,000

## 第1季

$$\text{預算} = 50,000,000 / 4 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 12,500,000 \end{aligned}$$

## 第2季

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 25,000,000 \end{aligned}$$

## 第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 25,000,000 = 37,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 37,500,000 \end{aligned}$$

## 第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 37,500,000 = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 50,000,000 \end{aligned}$$

## 全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 0 = 50,000,000$$

註：依據113年1月10日健保醫字第1120126768號公告「113年度全民健康保險基層診所產婦生產補助試辦計畫」，本方案預算按季均分，採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(九)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X2)

門診第1季已支用點數：	375,668	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	375,668
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：	375,668	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	375,668

1.2 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	375,668	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	375,668
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	375,668	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	375,668

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 375,668 - 0 \\
 &= 375,668
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

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

2.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	0	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	0
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	0

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

3. 罕見疾病特材

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：22

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	375,668	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	375,668
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：	375,668	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	375,668

4.2 藥品給付協議(Y4)

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

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	375,668	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	375,668
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	375,668	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	375,668

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 375,668 & &= 30,000,000 - (375,668 - 0) \\
 & & &= 30,000,000 - 375,668 \\
 & & &= 29,624,332
 \end{aligned}$$

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：23

(十)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	4,593,820	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	4,593,820
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：	4,593,820	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	4,593,820

2. 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	4,593,820	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	4,593,820
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	4,593,820	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	4,593,820

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 4,593,820 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (4,593,820 - 0) \\ &= 30,000,000 - 4,593,820 \\ &= 25,406,180 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十一)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 全年預算 = 11,000,000

## 1. 罕見疾病

第1季已支用點數： 407,844  
 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： 407,844

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 407,844 \end{aligned}$$

## 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： 63,852  
 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： 63,852

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 63,852 \end{aligned}$$

## 4. 合計

第1季已支用點數(BQ\_q1)： 471,696  
 第2季已支用點數(BQ\_q2)： 0  
 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： 471,696

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 471,696 & &= 10,528,304 \end{aligned}$$

註：衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

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

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳項次七。)

第1季已支用金額： 41,157,982

第2季已支用金額： 0

第3季已支用金額： 0

第4季已支用金額： 0

結算金額 = 41,157,982

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(十三)網路頻寬補助費用 全年預算 = 253,000,000

第1季已支用點數： 55,797,477

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： 55,797,477

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 55,797,477

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 253,000,000 - 55,797,477 = 197,202,523

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十四)提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 全年預算 = 9,700,000

第1季

預算 =  $9,700,000 / 4 = 2,425,000$

已支用點數： 1,169,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,169,000

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 1,256,000

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =  $9,700,000 / 4 + 1,256,000 = 3,681,000$

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2季預算 - 暫結金額

= 3,681,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：26

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 3,681,000 = 6,106,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 6,106,000 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 9,700,000 / 4 + 6,106,000 = 8,531,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 8,531,000 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 9,700,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,169,000$$

$$\text{暫結金額} = 1,169,000 + 0 + 0 + 0 = 1,169,000$$

$$\text{未支用金額} = 9,700,000 - 1,169,000 = 8,531,000$$

註：依據113年1月24日健保醫字第1130101167號公告「113年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」，本計畫經費按季均分，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(十五)精神科長效針劑藥費 全年預算= 100,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(X6)

門診第1季已支用點數：	9,789,379	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,789,379
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：	9,789,379	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	9,789,379

2. 藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：27

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	9,789,379	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	9,789,379
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	9,789,379	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	9,789,379

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	- (暫結金額	- 全年藥品給付協議)
= 9,789,379	= 100,000,000	- (9,789,379	- 0)
	= 100,000,000	- 9,789,379	
	= 90,210,621		

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十六)因應長新冠照護衍生費 全年預算 = 10,000,000

第1季：

預算 = 10,000,000/4 =	2,500,000
已支用點數(BR_q1)：	271,003,330
原暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	271,003,330
若當季可支用預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，結算金額為當季預算 =	2,500,000
未支用金額 = 第1季預算 - 實際暫結金額 =	2,500,000 - 2,500,000 = 0

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	10,000,000/4 + 0 =	2,500,000
已支用點數(BR_q2)：	0	
原暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	0	
結算金額 =	0	
未支用金額 = 第2季預算 - 實際暫結金額 =	2,500,000 - 0 =	2,500,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：28

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 2,500,000= 5,000,000  
 已支用點數(BR\_q3): 0  
 原暫結金額=1元/點×已支用點數= 0  
 結算金額= 0  
 未支用金額=第3季預算-實際暫結金額= 5,000,000-0= 5,000,000

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4+ 5,000,000= 7,500,000  
 已支用點數(BR\_q4): 0  
 原暫結金額=1元/點×已支用點數= 0  
 結算金額= 0  
 未支用金額=第4季預算-實際暫結金額= 7,500,000-0= 7,500,000

全年合計:

全年預算= 10,000,000  
 已支用點數: 271,003,330  
 實際暫結金額=第1~4季實際暫結金額= 2,500,000+ 0+ 0+ 0= 2,500,000  
 結算金額= 2,500,000+ 0+ 0+ 0= 2,500,000  
 未支用金額=全年預算-實際暫結金額= 10,000,000-2,500,000= 7,500,000

註:

- 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，本項專款動支條件為：
  - 支應申報任一診斷碼有U07.1(確認COVID-19病毒感染)、U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)或申報醫令代碼14084C(COVID抗原快篩，醫令類別2)之整筆申報醫療點數(申請點數+部分負擔)大於108年同期醫療點數部分。
  - 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 本項預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

=====

(十七) 促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算) 全年預算= 1,000,000,000

第1季已支用點數(BT\_q1): 65,362,113

第2季已支用點數(BT\_q2): 0

第3季已支用點數(BT\_q3): 0

第4季已支用點數(BT\_q4): 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 65,362,113

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 65,362,113 = 934,637,887

註:依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」,本項經費於支付標準修訂後,依實際執行之項目與季別,併入一般服務費用結算。

(十八) 癌症治療品質改善計畫 全年預算= 93,000,000

第1季:

預算 = 93,000,000/4 = 23,250,000

已支用點數: 18,400

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數

= 18,400

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 23,231,600

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 23,231,600 = 46,481,600

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2季預算 - 暫結金額

= 46,481,600

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 46,481,600 = 69,731,600

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

= 69,731,600

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 93,000,000/4 + 69,731,600 = 92,981,600

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

= 92,981,600

全年合計:

全年預算 = 93,000,000

已支用點數: 18,400

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 18,400 + 0 + 0 + 0 = 18,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 93,000,000 - 18,400 = 92,981,600

- 註：1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費得與牙醫門診、醫院總額同項專款相互流用。
2. 依據113年1月24日健保醫字第1130101605號公告修正「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」。
3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

## (十九) 慢性傳染病照護品質計畫

全年預算 = 20,000,000

## 第1季:

$$\text{預算} = 20,000,000/4 = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,888,501$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,888,501 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 3,111,499 \end{aligned}$$

## 第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 3,111,499 = 8,111,499$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 8,111,499 \end{aligned}$$

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 8,111,499 = 13,111,499$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 13,111,499 \end{aligned}$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 13,111,499 = 18,111,499$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 18,111,499 \end{aligned}$$

## 全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,888,501$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 1,888,501 + 0 + 0 + 0 = 1,888,501$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 1,888,501 = 18,111,499$$

- 註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。



## (二十)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+113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%)+126,200,000

=(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%+126,200,000

=26,100,987+26,209,474+25,603,157+27,298,243+126,200,000

=231,411,861

※衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113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113年度之品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。

## (二十一)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算= 800,000,000

## 第1季：

原預算= 800,000,000/4= 200,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(JC)	141,372,625	141,372,625	141,372,625
(4)合計	141,372,625	141,372,625	141,372,625

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 141,372,625 = 141,372,625

結算金額 = 141,372,625

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 200,000,000 - 141,372,625 = 58,627,375

## 第2季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 58,627,375 = 258,627,375

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(KC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 258,627,375 - 0 = 258,627,375

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：32

第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 258,627,375 = 458,627,375$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(LC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(LA+LB+LC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 458,627,375 - 0 = 458,627,375$$

第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 458,627,375 = 658,627,375$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(MC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(MA+MB+MC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 658,627,375 - 0 = 658,627,375$$

全年合計：

$$\text{原預算} = 800,000,000$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(NC)	141,372,625	141,372,625	141,372,625
(4)合計	141,372,625	141,372,625	141,372,625

$$\text{暫結金額(NA+NB+NC)} = 0 + 0 + 141,372,625 = 141,372,625$$

「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

$$\text{結算金額} = 141,372,625 + 0 + 0 + 0 = 141,372,625$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{結算金額} = 800,000,000 - 141,372,625 = 658,627,375$$

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，基層總額轉診型態調整費用優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之經費，其餘費用限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
2. 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同112年方式辦理。
  - (1) 各季預算優先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足款後，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。
  - (2) 當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)113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 權重	人口結構 校正比例 P_OCC						標準死亡 校正比例 SMR_OCC						人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC						轉診型態 校正比例 TRANS						R
	113Q1	113Q1	108Q1	109Q1	110Q1	111Q1	113Q1	113Q1	108Q1	109Q1	110Q1	111Q1	113Q1	113Q1	108Q1	109Q1	110Q1	111Q1							
			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%							
臺北分區	0.36997	0.33030	0.32867	0.33159	0.33314	0.32778	0.36600	0.92685	0.92042	0.93158	0.92101	0.93438	0.33884												
北區分區	0.16081	0.16175	0.15989	0.15975	0.16280	0.16455	0.16090	1.06037	1.06377	1.06847	1.05520	1.05405	0.17042												
中區分區	0.17893	0.18611	0.18657	0.18573	0.18565	0.18649	0.17965	1.03370	1.03830	1.03208	1.03588	1.02854	0.18549												
南區分區	0.12940	0.13900	0.13980	0.13982	0.13775	0.13862	0.13036	1.01767	1.02183	1.00640	1.02699	1.01545	0.13251												
高屏分區	0.14090	0.15735	0.15946	0.15681	0.15548	0.15766	0.14255	1.08825	1.08806	1.08214	1.09418	1.08862	0.15495												
東區分區	0.01999	0.02549	0.02561	0.02630	0.02518	0.02490	0.02054	0.86599	0.88240	0.86097	0.86888	0.85169	0.01779												
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000												

(二)113年第1季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 69% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+31% × 西醫基層89年第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	= 32,656,195,718 × (69% × 0.33884(R)+ 31% × 0.32324(S)) = 10,907,299,995
北區分區一般服務預算總額	= 32,656,195,718 × (69% × 0.17042(R)+ 31% × 0.12198(S)) = 5,074,890,377
中區分區一般服務預算總額	= 32,656,195,718 × (69% × 0.18549(R)+ 31% × 0.19600(S)) = 6,163,794,895
南區分區一般服務預算總額	= 32,656,195,718 × (69% × 0.13251(R)+ 31% × 0.16783(S)) = 4,684,831,713
高屏分區一般服務預算總額	= 32,656,195,718 × (69% × 0.15495(R)+ 31% × 0.16648(S)) = 5,176,800,567
東區分區一般服務預算總額	= 32,656,195,718 × (69% × 0.01779(R)+ 31% × 0.02447(S)) = 648,578,171

總計

32,656,195,718

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：35

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力及「開放表別」項目、因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用、因應長新冠照護衍生費、促進醫療服務診療項目支付衡平性及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

111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50%列入113年六分區地區預算分配扣除項目。

113年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—1,332,996元；北區分區—652,325元；中區分區—580,124元；南區分區—25,105,797元；高屏分區—3,380,655元；東區分區—230元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 111年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24902692	0.24958349	0.24286582	0.25852377	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,907,299,995	0	0	0	10,907,299,995
	北區分區	5,074,890,377	0	0	0	5,074,890,377
	中區分區	6,163,794,895	0	0	0	6,163,794,895
	南區分區	4,684,831,713	0	0	0	4,684,831,713
	高屏分區	5,176,800,567	0	0	0	5,176,800,567
	東區分區	648,578,171	0	0	0	648,578,171
	小計	32,656,195,718	0	0	0	32,656,195,718
		(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	331,952	332,694	323,739	344,611	1,332,996
(BK)=各分區(應減列金額K)×111年	北區分區	162,446	162,810	158,427	168,642	652,325
各季預算占率(Ra)	中區分區	144,466	144,789	140,892	149,977	580,124
	南區分區	6,252,019	6,265,992	6,097,340	6,490,446	25,105,797
	高屏分區	841,874	843,756	821,046	873,979	3,380,655
	東區分區	57	57	56	60	230
	小計(KS)	7,732,814	7,750,098	7,541,500	8,027,715	31,052,127

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄：113/01—113/03

核付截止日期：113/06/30

頁次：36

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
4. 111年各分區預算占率(Ba) (註2)	臺北分區	0.33116570	0.33325240	0.33170083	0.33239959	
	北區分區	0.15444583	0.15609369	0.15663910	0.15645657	
	中區分區	0.19031648	0.18823242	0.18779559	0.18665150	
	南區分區	0.14462890	0.14444801	0.14365282	0.14401497	
	高屏分區	0.15909638	0.15723512	0.15952127	0.16027026	
	東區分區	0.02034671	0.02073836	0.02069039	0.02020711	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	
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)×111年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	2,560,843	2,582,739	2,501,522	2,668,409	10,313,513
	北區分區	1,194,301	1,209,741	1,181,294	1,255,989	4,841,325
	中區分區	1,471,682	1,458,820	1,416,260	1,498,385	5,845,147
	南區分區	1,118,388	1,119,486	1,083,358	1,156,111	4,477,343
	高屏分區	1,230,263	1,218,588	1,203,030	1,286,604	4,938,485
	東區分區	157,337	160,724	156,036	162,217	636,314
	小計	7,732,814	7,750,098	7,541,500	8,027,715	31,052,127
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,909,528,886	0	0	0	10,909,528,886
	北區分區	5,075,922,232	0	0	0	5,075,922,232
	中區分區	6,165,122,111	0	0	0	6,165,122,111
	南區分區	4,679,698,082	0	0	0	4,679,698,082
	高屏分區	5,177,188,956	0	0	0	5,177,188,956
	東區分區	648,735,451	0	0	0	648,735,451
小計	32,656,195,718	0	0	0	32,656,195,718	

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：37

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
7. 各分區強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額 (1元/點×BW)(註3)	臺北分區	95,788,215	0	0	0	95,788,215
	北區分區	57,944,688	0	0	0	57,944,688
	中區分區	70,545,079	0	0	0	70,545,079
	南區分區	49,379,984	0	0	0	49,379,984
	高屏分區	41,498,925	0	0	0	41,498,925
	東區分區	4,540,774	0	0	0	4,540,774
	小計	319,697,665	0	0	0	319,697,665
		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
8. 調整強化基層照護能力及「開放表別」後分區一般服務預算 總額(BD3)=BD2+BW	臺北分區	11,005,317,101	0	0	0	11,005,317,101
	北區分區	5,133,866,920	0	0	0	5,133,866,920
	中區分區	6,235,667,190	0	0	0	6,235,667,190
	南區分區	4,729,078,066	0	0	0	4,729,078,066
	高屏分區	5,218,687,881	0	0	0	5,218,687,881
	東區分區	653,276,225	0	0	0	653,276,225
	小計	32,975,893,383	0	0	0	32,975,893,383
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	133,943	0	0	0	133,943
	北區分區	42,384	0	0	0	42,384
	中區分區	83,950	0	0	0	83,950
	南區分區	89,499	0	0	0	89,499
	高屏分區	114,682	0	0	0	114,682
	東區分區	7,238	0	0	0	7,238
	小計	471,696	0	0	0	471,696

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄：113/01-113/03

核付截止日期：113/06/30

頁次：38

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)
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	11,005,451,044	0	0	0	11,005,451,044
	北區分區	5,133,909,304	0	0	0	5,133,909,304
	中區分區	6,235,751,140	0	0	0	6,235,751,140
	南區分區	4,729,167,565	0	0	0	4,729,167,565
	高屏分區	5,218,802,563	0	0	0	5,218,802,563
	東區分區	653,283,463	0	0	0	653,283,463
	小計	32,976,365,079	0	0	0	32,976,365,079
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
11. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」(BR1=1元/點×BR)(註3)	臺北分區	83,921,270	0	0	0	83,921,270
	北區分區	50,507,062	0	0	0	50,507,062
	中區分區	54,273,621	0	0	0	54,273,621
	南區分區	31,947,290	0	0	0	31,947,290
	高屏分區	46,544,969	0	0	0	46,544,969
	東區分區	3,809,118	0	0	0	3,809,118
	小計	271,003,330	0	0	0	271,003,330



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：39

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BR2_q1)	(BR2_q2)	(BR2_q3)	(BR2_q4)	(加總BR2)
12. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」之比例 (BR2)=BR1/加總BR1(註3)	臺北分區	30.966878%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	北區分區	18.637063%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	中區分區	20.026920%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	南區分區	11.788523%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	高屏分區	17.175054%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	東區分區	1.405562%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
	小計	100.000000%	0.000000%	0.000000%	0.000000%	
13. 「因應長新冠照護衍生費用」預算 (BR3)		2,500,000	0	0	0	2,500,000
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
14. 調整「因應長新冠照護衍生費用」 (BR)=BR2 ×BR3	臺北分區	774,172	0	0	0	774,172
	北區分區	465,927	0	0	0	465,927
	中區分區	500,673	0	0	0	500,673
	南區分區	294,713	0	0	0	294,713
	高屏分區	429,376	0	0	0	429,376
	東區分區	35,139	0	0	0	35,139
	小計	2,500,000	0	0	0	2,500,000
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
15. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」後分區一般服務預算總額 (BD5)=BD4+BR	臺北分區	11,006,225,216	0	0	0	11,006,225,216
	北區分區	5,134,375,231	0	0	0	5,134,375,231
	中區分區	6,236,251,813	0	0	0	6,236,251,813
	南區分區	4,729,462,278	0	0	0	4,729,462,278
	高屏分區	5,219,231,939	0	0	0	5,219,231,939
	東區分區	653,318,602	0	0	0	653,318,602
	小計	32,978,865,079	0	0	0	32,978,865,079

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：40

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BT_q1)	(BT_q2)	(BT_q3)	(BT_q4)	(加總BT)
16. 各分區「促進醫療服務診療項目	臺北分區	26,992,801	0	0	0	26,992,801
支付衡平性」(含醫療器材使用規	北區分區	11,113,695	0	0	0	11,113,695
範修訂之補貼)(BU=1元/點×BT)	中區分區	10,210,552	0	0	0	10,210,552
(註3)	南區分區	11,519,248	0	0	0	11,519,248
	高屏分區	5,307,183	0	0	0	5,307,183
	東區分區	218,634	0	0	0	218,634
	小計	65,362,113	0	0	0	65,362,113
		(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
17. 各分區「促進醫療服務診療項目	臺北分區	11,033,218,017	0	0	0	11,033,218,017
支付衡平性(含醫療器材使用規範	北區分區	5,145,488,926	0	0	0	5,145,488,926
修訂之補貼」後分區一般服務預算	中區分區	6,246,462,365	0	0	0	6,246,462,365
總額(BD6)=BD5+BU	南區分區	4,740,981,526	0	0	0	4,740,981,526
	高屏分區	5,224,539,122	0	0	0	5,224,539,122
	東區分區	653,537,236	0	0	0	653,537,236
	小計	33,044,227,192	0	0	0	33,044,227,192
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
18. 各分區「基層總額轉診型態調整	臺北分區	36,399,233	0	0	0	36,399,233
費用」(BZ1=1元/點×JC)(註4)	北區分區	24,571,973	0	0	0	24,571,973
	中區分區	27,185,148	0	0	0	27,185,148
	南區分區	27,842,700	0	0	0	27,842,700
	高屏分區	22,668,850	0	0	0	22,668,850
	東區分區	2,704,721	0	0	0	2,704,721
	小計	141,372,625	0	0	0	141,372,625

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：41

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD7_q1)	(BD7_q2)	(BD7_q3)	(BD7_q4)	(加總BD7)
19. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額 (BD7)=BD6+BZ	臺北分區	11,069,617,250	0	0	0	11,069,617,250
	北區分區	5,170,060,899	0	0	0	5,170,060,899
	中區分區	6,273,647,513	0	0	0	6,273,647,513
	南區分區	4,768,824,226	0	0	0	4,768,824,226
	高屏分區	5,247,207,972	0	0	0	5,247,207,972
	東區分區	656,241,957	0	0	0	656,241,957
小計		33,185,599,817	0	0	0	33,185,599,817
		(BS_q1)	(BS_q2)	(BS_q3)	(BS_q4)	(加總BS)
20. 各分區「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」後分區一般服務預算總額 (BS=1元/點×BS)(註5)	臺北分區	54,990,684	0	0	0	54,990,684
	北區分區	26,611,728	0	0	0	26,611,728
	中區分區	33,802,740	0	0	0	33,802,740
	南區分區	26,344,236	0	0	0	26,344,236
	高屏分區	32,112,408	0	0	0	32,112,408
	東區分區	2,839,044	0	0	0	2,839,044
小計		176,700,840	0	0	0	176,700,840
		(BD8_q1)	(BD8_q2)	(BD8_q3)	(BD8_q4)	(加總BD8)
21. 調整「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」後分區一般服務預算總額 (BD8)=BD7+BS	臺北分區	11,124,607,934	0	0	0	11,124,607,934
	北區分區	5,196,672,627	0	0	0	5,196,672,627
	中區分區	6,307,450,253	0	0	0	6,307,450,253
	南區分區	4,795,168,462	0	0	0	4,795,168,462
	高屏分區	5,279,320,380	0	0	0	5,279,320,380
	東區分區	659,081,001	0	0	0	659,081,001
小計		33,362,300,657	0	0	0	33,362,300,657

註：

1. 113年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議辦理。111年各季預算占率(Ra)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
2. 111年各分區預算占率(Ba)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
3. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以：
  - (1)強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
  - (2)「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」依實際執行併入一般服務費用結算。
  - (3)「因應長新冠照護衍生費用」本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
  - (4)「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
4. 依據113年1月11日西醫基層總額研商議事會議113年第1次臨時會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依113年總額協商協定事項，優先用於支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，轉診成功案件之邏輯同112年方式辦理，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
5. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及113年3月20日健保醫字第1130105206號公告新增「113年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：43

四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	7,523,695,206(BF)	0.81303123	-----	2,682,007,253	582,611
	2-北區分區	755,480,763	0.81303123	614,229,454	293,926,599	
	3-中區分區	456,083,946	0.81303123	370,810,492	167,651,722	
	4-南區分區	294,837,643	0.81303123	239,712,212	116,021,228	
	5-高屏分區	377,137,838	0.81303123	306,624,840	147,759,463	
	6-東區分區	45,684,970	0.81303123	37,143,307	22,889,830	
	7-合計	9,452,920,366(GF)		1,568,520,305(AF)	3,430,256,095(BG)	582,611(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	464,520,141	0.86694031	402,711,235	169,458,767	
	2-北區分區	3,214,257,422(BF)	0.86694031	-----	1,319,356,276	858,698
	3-中區分區	196,952,156	0.86694031	170,745,763	75,793,903	
	4-南區分區	143,713,406	0.86694031	124,590,945	54,153,612	
	5-高屏分區	82,605,735	0.86694031	71,614,242	34,357,395	
	6-東區分區	11,921,649	0.86694031	10,335,358	6,432,694	
	7-合計	4,113,970,509(GF)		779,997,543(AF)	1,659,552,647(BG)	858,698(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	144,429,324	0.87346475	126,153,923	52,509,541	
	2-北區分區	94,850,574	0.87346475	82,848,633	40,472,242	
	3-中區分區	4,442,014,487(BF)	0.87346475	-----	1,790,285,603	545,059
	4-南區分區	109,690,573	0.87346475	95,810,849	43,339,866	
	5-高屏分區	68,157,209	0.87346475	59,532,920	27,879,319	
	6-東區分區	7,061,841	0.87346475	6,168,269	3,817,300	
	7-合計	4,866,204,008(GF)		370,514,594(AF)	1,958,303,871(BG)	545,059(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：44

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	131,953,817	0.90841695	119,869,084	51,429,723	
	2-北區分區	58,511,435	0.90841695	53,152,779	24,283,738	
	3-中區分區	128,876,988	0.90841695	117,074,040	52,981,423	
	4-南區分區	3,065,370,735(BF)	0.90841695	-----	1,343,399,851	607,289
	5-高屏分區	158,248,484	0.90841695	143,755,605	69,044,191	
	6-東區分區	5,686,542	0.90841695	5,165,751	3,071,670	
	7-合計		3,548,648,001(GF)		439,017,259(AF)	1,544,210,596(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	85,053,162	0.90188076	76,707,810	31,359,803	
	2-北區分區	43,388,943	0.90188076	39,131,653	17,700,281	
	3-中區分區	71,253,670	0.90188076	64,262,314	29,003,697	
	4-南區分區	160,262,068	0.90188076	144,537,276	68,183,692	
	5-高屏分區	3,595,943,331(BF)	0.90188076	-----	1,603,919,176	220,155
	6-東區分區	9,658,901	0.90188076	8,711,177	4,559,787	
	7-合計		3,965,560,075(GF)		333,350,230(AF)	1,754,726,436(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	30,848,708	1.06343714	32,805,662	12,517,216	
	2-北區分區	13,294,752	1.06343714	14,138,133	6,566,823	
	3-中區分區	10,897,971	1.06343714	11,589,307	4,960,438	
	4-南區分區	12,003,987	1.06343714	12,765,486	2,790,368	
	5-高屏分區	12,673,570	1.06343714	13,477,545	6,112,426	
	6-東區分區	365,733,481(BF)	1.06343714	-----	203,123,294	105,949
	7-合計		445,452,469(GF)		84,776,133(AF)	236,070,565(BG)

五、估算臺北區以外五分區一般服務預算總額浮動點值之計算(不含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD8)
  - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
  - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
  - ／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
  
- 臺北分區 = [ 11, 124, 607, 934 - 1, 568, 520, 305 - ( 3, 430, 256, 095 - 4, 681, 107) - 582, 611 ] / 7, 523, 695, 206 = 0. 81474992
- 北區分區 = [ 5, 196, 672, 627 - 779, 997, 543 - ( 1, 659, 552, 647 - 3, 609, 887) - 858, 698 ] / 3, 214, 257, 422 = 0. 85863491(點值排序：5)
- 中區分區 = [ 6, 307, 450, 253 - 370, 514, 594 - ( 1, 958, 303, 871 - 3, 579, 269) - 545, 059 ] / 4, 442, 014, 487 = 0. 89636493(點值排序：3)
- 南區分區 = [ 4, 795, 168, 462 - 439, 017, 259 - ( 1, 544, 210, 596 - 2, 222, 377) - 607, 289 ] / 3, 065, 370, 735 = 0. 91785169(點值排序：2)
- 高屏分區 = [ 5, 279, 320, 380 - 333, 350, 230 - ( 1, 754, 726, 436 - 3, 500, 821) - 220, 155 ] / 3, 595, 943, 331 = 0. 88836894(點值排序：4)
- 東區分區 = [ 659, 081, 001 - 84, 776, 133 - ( 236, 070, 565 - 331, 891) - 105, 949 ] / 365, 733, 481 = 0. 92542866(點值排序：1)
2. 五分區一般服務浮動每點支付金額 = 加總五分區[一般服務預算總額(BD8)
  - (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)
  - 自墊核退點數(BJ)] / 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)
 = [ 22, 237, 692, 723 - ( 7, 152, 864, 115 - 13, 244, 245) - 2, 337, 150 ] / 16, 939, 835, 062 = 0. 89113829(P)
3. 撥補保障東區至每點1元之預算 = 1 × 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
  - + 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
  - + 投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ) - 分區一般服務預算總額(BD8)
 = 27, 273, 236
4. R值占率前進而減少預算分區之減少費用

分區	113年第1季 R值前進1% 各分區預算	113年第1季 原R值占率(68%) 分配各分區預算	R值占率前進 而減少預算分區 之減少費用
	R_DOT1=(BD1)	R_DOT2= D1×(68%×R +32%×S)	R_DOT= R_DOT2- R_DOT1
臺北分區	10, 907, 299, 995	10, 902, 205, 628	-
北區分區	5, 074, 890, 377	5, 059, 071, 716	0
中區分區	6, 163, 794, 895	6, 167, 227, 061	3, 432, 166
南區分區	4, 684, 831, 713	4, 696, 365, 881	11, 534, 168
高屏分區	5, 176, 800, 567	5, 180, 565, 826	3, 765, 259
東區分區	648, 578, 171	650, 759, 606	2, 181, 435
合計	32, 656, 195, 718	32, 656, 195, 718	20, 913, 028

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：113/08/20

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：46

5. 風險調整移撥款撥補臺北區、保障東區浮動點值不低於每點1元及因R值占率前進而減少預算之分區

分區	分區 一般服務 預算總額	當季風險調整 移撥款撥補 臺北區之預算	當季風險調整 移撥款 (其他五分區) 地區之預算	撥補保障 東區至每點 1元之預算	撥補因R值占率 前進而減少預算 分區之預算	風險調整移 撥款撥補後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補後四分區 估算浮動點值
	(BD8)	(F2)	(F3) (註1)	(F4) (註2)	(F5)= R_DOT (註2)	(BD9)=(BD8) +(F2)+(F4)+(F5)	(Z2)
臺北	11,124,607,934	74,705,316		-	-	11,199,313,250	0.82467925
北區	5,196,672,627			-	0	5,196,672,627	0.85863491 (點值排序：4)
中區	6,307,450,253			-	3,432,166	6,310,882,419	0.89713759 (點值排序：2)
南區	4,795,168,462			-	11,534,168	4,806,702,630	0.92161442 (點值排序：1)
高屏	5,279,320,380			-	3,765,259	5,283,085,639	0.88941603 (點值排序：3)
東區	659,081,001			27,273,236	2,181,435	688,535,672	1.00596455
合計	33,362,300,657	74,705,316	74,705,316	27,273,236	20,913,028	33,485,192,237	

  

分區	當季風險調整 移撥款撥補點值 落後地區之預算	依排序占率撥補點 值落後地區撥補比率 至點值落後地區	依排序占率調整 移撥款後分區 一般服務預算總額	依排序占率移撥 後一般服務浮動 每點支付金額	風險調整移撥款 撥補支用金額	風險調整移撥款 撥補未支用金額	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
	(F6) = 加總F3-加總F4 -加總F5	(F7)	(BD10) =(BD9)+F7	Z3	F8 = F2+F4+F5 +F7	T1 = F2+F3-F8	(BD11) =(BD8)+F8 =(BD9)+F7	Z4
臺北			11,199,313,250		74,705,316	0	11,199,313,250	0.82467925
北區		18,563,336	5,215,235,963	0.86441022(點值排序：4)	18,563,336	0	5,215,235,963	0.86441022
中區		0	6,310,882,419	0.89713759(點值排序：2)	3,432,166	0	6,310,882,419	0.89713759
南區		0	4,806,702,630	0.92161442(點值排序：1)	11,534,168	0	4,806,702,630	0.92161442
高屏		7,955,716	5,291,041,355	0.89162844(點值排序：3)	11,720,975	0	5,291,041,355	0.89162844
東區			688,535,672		29,454,671	0	688,535,672	1.00596455
合計	26,519,052	26,519,052	33,511,711,289		149,410,632	0	33,511,711,289	

註：

1. 依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。
2. 提撥3億元撥補臺北區，另3億元撥補5分區(不含臺北區)的順序如下：



- 
- (1)保障東區浮動點值不低於每點1元（不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用）。
  - (2)撥補因R值占率前進而減少預算分區之減少費用（不含臺北區）：係採一般服務總預算計算（不含風險移撥款6億元），估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
  - (3)4分區（不含臺北區、東區）一般服務費用（不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別項目等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品給付協議）估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
  - (4)點值排序第3名及第4名點值小於每點1元者。點值排序第3名撥補30%，點值排序第4名撥補70%。若點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區原浮動點值。
  - (5)若還有剩餘或未動用之移撥款，則當季依5分區（不含臺北區）移撥後（撥補因R值占率前進而減少預算分區之減少費用後）之預算（不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算）占率攤分。

## 六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

$$1. \text{一般服務分區浮動每點支付金額} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AF)} \\ - (\text{投保該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) - \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)}$$

臺北分區	= [ 11, 199, 313, 250 + 630, 798 - 1, 568, 520, 305 - ( 3, 430, 256, 095 - 4, 681, 107) - 582, 611 ] / 7, 523, 695, 206 = 0. 82476310
北區分區	= [ 5, 215, 235, 963 + 3, 893, 060 - 779, 997, 543 - ( 1, 659, 552, 647 - 3, 609, 887) - 858, 698 ] / 3, 214, 257, 422 = 0. 86562140
中區分區	= [ 6, 310, 882, 419 + 1, 708, 946 - 370, 514, 594 - ( 1, 958, 303, 871 - 3, 579, 269) - 545, 059 ] / 4, 442, 014, 487 = 0. 89752231
南區分區	= [ 4, 806, 702, 630 + 10, 219, 820 - 439, 017, 259 - ( 1, 544, 210, 596 - 2, 222, 377) - 607, 289 ] / 3, 065, 370, 735 = 0. 92494838
高屏分區	= [ 5, 291, 041, 355 + 8, 014, 764 - 333, 350, 230 - ( 1, 754, 726, 436 - 3, 500, 821) - 220, 155 ] / 3, 595, 943, 331 = 0. 89385728
東區分區	= [ 688, 535, 672 + 16, 690, 594 - 84, 776, 133 - ( 236, 070, 565 - 331, 891) - 105, 949 ] / 365, 733, 481 = 1. 05160050

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [ 33, 511, 711, 289 + 41, 157, 982 - ( 10, 583, 120, 210 - 17, 925, 352) - 2, 919, 761 ] / 26, 392, 755, 428 = 0. 87087363$$

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

3. 一般服務分區平均點值 = [ 風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)  
 + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 ]  
 / [ 一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) ]

臺北分區 = [ 11,199,313,250 + 630,798 ] / [ 9,452,920,366 + 3,430,256,095 - 4,681,107 + 582,611 ] = 0.86962313  
 北區分區 = [ 5,215,235,963 + 3,893,060 ] / [ 4,113,970,509 + 1,659,552,647 - 3,609,887 + 858,698 ] = 0.90440743  
 中區分區 = [ 6,310,882,419 + 1,708,946 ] / [ 4,866,204,008 + 1,958,303,871 - 3,579,269 + 545,059 ] = 0.92539995  
 南區分區 = [ 4,806,702,630 + 10,219,820 ] / [ 3,548,648,001 + 1,544,210,596 - 2,222,377 + 607,289 ] = 0.94611905  
 高屏分區 = [ 5,291,041,355 + 8,014,764 ] / [ 3,965,560,075 + 1,754,726,436 - 3,500,821 + 220,155 ] = 0.92689360  
 東區分區 = [ 688,535,672 + 16,690,594 ] / [ 445,452,469 + 236,070,565 - 331,891 + 105,949 ] = 1.03512297

4. 一般服務全區平均點值 = [ 33,511,711,289 + 41,157,982 ] / [ 26,392,755,428 + 10,583,120,210 - 17,925,352 + 2,919,761 ] = 0.90779436

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總 [ 風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)  
 + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註) ]  
 / 加總分區 [ 一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議  
 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) ]

= [ 33,511,711,289 + 41,157,982 + 1,189,830,578 ] / [ 26,392,755,428 + 10,583,120,210 - 17,925,352 + 2,919,761 + 1,187,597,788 ]  
 = 0.91072333

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額  
 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額  
 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費  
 + 網路頻寬補助費用 + 基層診所產婦生產補助試辦計畫  
 + 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額  
 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 癌症治療品質改善計畫 + 慢性傳染病照護品質計畫 + 品質保證保留款預算

= 83,436,186 + 642,593,265 + 79,275,000 + 163,697,245 + 38,125,150 + 375,668 + 4,593,820  
 + 55,797,477 + 0 + 51,420,500 + 1,169,000 + 9,789,379 + 18,400 + 1,888,501 + 57,650,987  
 = 1,189,830,578

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 113年品質保證保留款預算/4

## 七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/12(含)以前：於113/04/01~113/06/30期間核付者。

費用年月113/01~113/03：於113/01/01~113/06/30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。