

發文編號	收文日期	期	歸檔編號
0845	108. 3. 22	165	

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

承辦人及電話：鄭智仁(02)27065866轉3618

電子信箱：all1087@nhi.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國108年3月21日

發文字號：健保醫字第1080032959A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：107年第3季「西醫基層總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨108年3月7日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第1次會議決定辦理。
- 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/醫事機構/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108年3月15日起，西醫基層預算費用之暫付、核付，依107年第3季結算點值辦理，並於108年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

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、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、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、本署醫務管理組、各縣市醫師公會

電 2019/03/22 文
交 09:14:46 章

裝

訂

線



衛生福利部中央健康保險署

程式代號： RGBI1708R01

107年第3季

西醫基層非門診透折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： 108/02/23

核付截止日期：107/12/31

頁次： 1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)107年第3季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額
 = (106年第3季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額 + 105年各季校正投保人口預估成長率差值) × (1+2.310%)
 = (26,617,809,911 + 104,776,575) × (1+2.310%)
 = 27,339,878,234(G)

(二)107年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	105年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	104年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B1)	106年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0)	105年各季校 正投保人口預 估成長率差值 (B2)	107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)	107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)
季別	= (A1 + B1) × (1 + 3.963%)		= (G0 + B2) × (1 + 2.310%)		(說明3)	= G - (F1)	
第1季	25,962,850,528	138,136,588	27,135,369,235	75,949,799	27,839,900,504	26,100,987	27,813,799,517
第2季	26,106,839,548	102,634,233	27,248,155,227	62,158,380	27,941,181,851	26,209,474	27,914,972,377
第3季	25,493,164,265	109,992,542	26,617,809,911	104,776,575	27,339,878,234	25,603,157	27,314,275,077
第4季	27,219,306,870	78,935,917	28,380,072,149	42,445,095	29,079,077,392	27,298,243	29,051,779,149
合計	104,782,161,211	429,699,280	109,381,406,522	285,329,849	112,200,037,981	105,211,861	112,094,826,120

註：

- 106年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(G0)
 = (105年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(A1)+104年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × (1+3.963%)。
- 107年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(G)
 = (106年各季西醫基層非門診透折一般服務醫療給付費用總額(G0)+105年各季校正投保人口預估成長率差值(B2)) × (1+2.310%)。
 ※一般服務成長率為2.310%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.757%，協商因素成長率0.553%。
- 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(A1) + 104年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。

4.107年編列之品質保證保留款(107年起移列專款)

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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106年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。另品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額(105.2百萬元)與107年度之品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

(三)107年各季門診透析服務預算

= 106年各季西醫基層門診透析服務預算 × (1+4.624%)
 = 4,147,157,521 × (1+4.624%)
 = 4,338,922,085

(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：	4,807,040	臺北分區：	4,594,520	臺北分區：	5,084,520
北區分區：	1,707,440	北區分區：	1,536,360	北區分區：	1,689,800
中區分區：	2,331,560	中區分區：	2,185,960	中區分區：	2,380,000
南區分區：	2,471,560	南區分區：	2,306,920	南區分區：	2,474,360
高屏分區：	836,920	高屏分區：	743,120	高屏分區：	763,560
東區分區：	40,880	東區分區：	560	東區分區：	0
小計：	12,195,400	小計：	11,367,440	小計：	12,392,240

第4季已結算金額：

臺北分區：	0	全年已結算金額	14,486,080
北區分區：	0	臺北分區：	4,933,600
中區分區：	0	北區分區：	6,897,520
南區分區：	0	中區分區：	7,252,840
高屏分區：	0	南區分區：	2,343,600
東區分區：	0	高屏分區：	41,440
小計：	0	東區分區：	35,955,080
		小計：	

二、專款項目費用
核付截止日期：107/12/31

(一)C型肝炎藥費 全年預算=408,000(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：	7,063,987	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,063,987
第2季已支用點數：	4,505,959	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,505,959
第3季已支用點數：	3,156,628	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	3,156,628
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：	14,726,574	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,726,574
2. 全口服C肝新藥					
門診第1季已支用點數：	68,730,720	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	68,730,720
第2季已支用點數：	84,441,024	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	84,441,024
第3季已支用點數：	66,589,488	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	66,589,488
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：	219,761,232	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	219,761,232
3. 合計					
門診第1季已支用點數：	75,794,707	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	75,794,707
第2季已支用點數：	88,946,983	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	88,946,983
第3季已支用點數：	69,746,116	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	69,746,116
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：	234,487,806	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	234,487,806
4. 廠商負擔款					
門診第1季金額：	2,191,255	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	2,191,255
第2季金額：	4,989,264	第2季金額：	0	第2季金額：	4,989,264
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
全年合計金額：	7,180,519	全年合計金額：	0	全年合計金額：	7,180,519

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 234,487,806
 未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款) = 408,000,000 - (234,487,806 - 7,180,519) = 408,000,000 - 227,307,287 = 180,692,713

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11708R01

107年第3季

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：108/02/23

頁次：4

結算主要費用年月起迄：107/07-107/09

核付截止日期：107/12/31

註：

- 依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，其中西醫基層「慢性B型及C型肝炎治療計畫」106年原列於專款，107年經費拆分為B型及C型肝炎藥費。B型肝炎藥費(280百萬元)回歸一般服務；C型肝炎藥費(408百萬元)編列於專款。「C型肝炎藥費」本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算(「支應醫院總額罕見疾病、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C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下)支應。
- 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。

(二)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：	0
全年已支用點數：	524,850,350

暫結金額 = 1元/點 x 已支用點數 = 524,850,350

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 x 已支用點數 = 0

程式代號：RGBI1708R01
 107年第3季

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：	0		
全年已支用點數：	33,800		
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	33,800	
4. 合計			
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：	0		
全年已支用點數：	524,884,150		
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	524,884,150	
	未支用金額 = 全年調整後預算 - 暫結金額 =	1,905,115,850	

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。

[補充]：

106年家庭醫師整合性照護計畫
 調整後全年預算 = 106年全年預算 1,580,000,000 + 107年挹注106年度之不足款 450,000,000 = 2,030,000,000
 (依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，西醫基層家庭醫師整合性照護計畫專款之全年經費，其中450百萬元用於挹注106年度之不足款，107年執行經費為2,430百萬元。)

1. 個案管理費

第1季已支用點數：	35,623,595
第2季已支用點數：	449,707,172
第3季已支用點數：	-397,000
第4季已支用點數：	429,902,645
全年已支用點數：	914,836,412
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 914,836,412

2. 績效獎勵費用

結算年106年	第1季已支用點數：	0	已支用金額 = 1元/點 × 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		
結算年107年	已支用點數：	1,115,107,484(傳票日期:107/06/30前核付)		
	合計已支用點數 =	1,115,107,484		
	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	1,115,107,484元		

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數：	0	暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	56,100
第2季已支用點數：	12,900		
第3季已支用點數：	26,300		
第4季已支用點數：	16,900		
全年已支用點數：	56,100		

4. 合計：

結算年106年	第1季已支用點數：	35,623,595
	第2季已支用點數：	449,720,072
	第3季已支用點數：	-370,700
	第4季已支用點數：	429,919,545
	全年已支用點數：	914,892,512
結算年107年	已支用點數：	1,115,107,484(傳票日期:107/06/30前核付)

106年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額 = 2,029,999,996

全年未支用金額 = 調整後全年預算 - 暫結金額 = 2,030,000,000 - 2,029,999,996 = 4

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 = 187,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季：

預算 = 187,000,000/4 = 46,750,000			
(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1：	點數	3,819,088	收入
新開業醫療服務之「論次計酬」J2：			已支用點數
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3：			已支用點數
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4：			已支用點數
(3)醫缺地區診所點值保障J5：			點值補助差額
(4)例假日診察費加成點數J6：			已支用點數
(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	1,167,661 (J8)	點值補助差額

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 = 48,123,681
 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 = -1,373,681
 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) = 48,123,681
 未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = 0

第1季暫結點值 = [第1季預算 - (新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(巡迴醫療服務之「診察費加成點數」(J4) + 例假日診察費加成點數(J6)) + 醫缺地區診所點值保障(J5))] / [新開業醫療服務之「論次計酬」(J2)+巡迴醫療服務之「論次計酬」(J3)]

= ----- = 0.92686028

J2+J3

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 187,000,000/4 + 0 = 46,750,000			
(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1：	點數	4,976,614	收入
新開業醫療服務之「論次計酬」K2：			已支用點數
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3：			已支用點數
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4：			已支用點數
(3)醫缺地區診所點值保障K5：			點值補助差額
(4)例假日診察費加成點數K6：			已支用點數
(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	328,805 (K8)	點值補助差額

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 = 44,962,018
 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 = 1,787,982
 診察費及診療費點值補助差額(K7) = 328,805
 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) = 45,290,823
 未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 1,459,177

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=187,000,000/4 + 1,459,177 = 48,209,177
 (1)新開業醫療服務之「定額給付」L1： 收入 10,112,855 (L1)
 新開業醫療服務之「論次計酬」L2： 已支用點數 0 (L2)
 (2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3： 已支用點數 20,723,850 (L3)
 巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4： 已支用點數 4,970,340 (L4)
 (3)醫缺地區診所點值保障L5： 點值補助差額 9,920,523 (L5)
 (4)例假日診察費加成點數L6： 已支用點數 3,470,259 (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 915,803 (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= 49,197,827
 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= -988,650
 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)= 49,197,827
 未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額 = 0

第3季暫結點值=[第3季預算-(新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(巡迴醫療服務之「診察費加成點數」(L4)+例假日診察費加成點數(L6))+醫缺地區診所點值保障(L5)]/[新開業醫療服務之「論次計酬」(L2)+巡迴醫療服務之「論次計酬」(L3)]
 = 0
 第3季預算-(L1+1元/點×(L4+L6)+L5) = 0.95229410
 L2+L3

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=187,000,000/4 + 0 = 46,750,000
 (1)新開業醫療服務之「定額給付」M1： 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)醫缺地區診所點值保障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= 46,750,000
 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 = 46,750,000

點數	13,802,401	收入	26,128,431 (N1)
已支用點數		已支用點數	0 (N2)
已支用點數		已支用點數	60,512,400 (N3)
已支用點數		已支用點數	14,269,365 (N4)
點值補助差額		點值補助差額	29,206,614 (N5)
已支用點數		已支用點數	12,166,716 (N6)
點值補助差額	2,412,269 (N8)	點值補助差額	328,805 (N7)
如補至每點1元所需之點值補助差額			
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 = 142,283,526			
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 = 44,716,474			
診察費及診療費點值補助差額(N7) = 328,805			
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) = 142,612,331			
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) = 46,750,000 + 45,290,823 + 48,209,177 + 0 = 140,250,000			
未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 46,750,000			

註:依據「107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、醫缺地區診所醫療費用每點補至1元之費用及例假日診察費加成費用。其餘項目(如巡迴計畫之論次計酬)以浮動點值計算,且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘,先支應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元之點值差值,再流用至下季。

(四)醫療給付改善方案 全年預算= 300,000,000

1. 氣喘			
第1季已支用點數：	10,399,000		
第2季已支用點數：	9,645,800		
第3季已支用點數：	9,478,800		
第4季已支用點數：	0		
	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	29,523,600	
2. 糖尿病			
第1季已支用點數：	51,641,720		
第2季已支用點數：	53,487,820		
第3季已支用點數：	56,801,860		
第4季已支用點數：	0		
	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	161,931,400	
3. 思覺失調症			
第1季已支用點數：	184,495		
第2季已支用點數：	184,651		
第3季已支用點數：	181,650		
第4季已支用點數：	0		
	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	550,796	
4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤			
第1季已支用點數：	2,593,280		
第2季已支用點數：	2,903,710		
第3季已支用點數：	2,633,190		
第4季已支用點數：	0		
	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	8,130,180	
5. 孕產婦全程照護			
第1季已支用點數：	2,726,100		
第2季已支用點數：	3,947,700		
第3季已支用點數：	2,955,000		
第4季已支用點數：	0		
	暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	9,628,800	

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：28,000
 第2季已支用點數：34,000
 第3季已支用點數：49,000
 第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 111,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：160,400
 第2季已支用點數：168,400
 第3季已支用點數：187,200
 第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 516,000

8. 合計

第1季已支用點數：67,732,995
 第2季已支用點數：70,372,081
 第3季已支用點數：72,286,700
 第4季已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 210,391,776

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 89,608,224

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算 = 450,000,000

第1季：107年醫令點數(U1)：

臺北分區：35,973,116
 北區分區：20,326,934
 中區分區：20,684,123
 南區分區：10,701,635
 高屏分區：11,311,954
 東區分區：1,296,813
 小計：100,294,575

基期醫令點數(V1)：

臺北分區：445,908
 北區分區：130,532
 中區分區：526,373
 南區分區：848,380
 高屏分區：78,796
 東區分區：22,110
 小計：2,052,099

已支用點數(BW_q1=U1-V1)：

臺北分區：35,527,208
 北區分區：20,196,402
 中區分區：20,157,750
 南區分區：9,853,255
 高屏分區：11,233,158
 東區分區：1,274,703
 小計：98,242,476

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 98,242,476

第2季：107年醫令點數(U2)：

臺北分區：11,230,307
 北區分區：8,076,263
 中區分區：10,542,189
 南區分區：5,182,748
 高屏分區：6,285,158
 東區分區：515,493
 小計：41,832,158

基期醫令點數(V2)：

臺北分區：12,116,101
 北區分區：7,069,760
 中區分區：10,112,108
 南區分區：3,306,586
 高屏分區：4,389,095
 東區分區：686,032
 小計：37,679,682

已支用點數(BW_q2=U2-V2)：

臺北分區：0
 北區分區：1,006,503
 中區分區：430,081
 南區分區：1,876,162
 高屏分區：1,896,063
 東區分區：0
 小計：5,208,809

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 5,208,809

第3季：107年醫令點數(U3)：

臺北分區：16,120,316
 北區分區：10,222,624
 中區分區：21,320,968
 南區分區：10,221,907
 高屏分區：8,469,582
 東區分區：1,035,130
 小計：67,390,527

基期醫令點數(V3)：

臺北分區：18,565,038
 北區分區：11,580,967
 中區分區：14,341,126
 南區分區：6,585,665
 高屏分區：9,749,979
 東區分區：932,043
 小計：61,754,818

已支用點數(BW_q3=U3-V3)：

臺北分區：0
 北區分區：0
 中區分區：6,979,842
 南區分區：3,636,242
 高屏分區：0
 東區分區：103,087
 小計：10,719,171

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 10,719,171

第4季： 107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： 107年醫令點數(U5)： 基期醫令點數(V5)：

臺北分區：	63,323,739	臺北分區：	31,127,047	臺北分區：	35,527,208
北區分區：	38,625,821	北區分區：	18,781,259	北區分區：	21,202,905
中區分區：	52,547,280	中區分區：	24,979,607	中區分區：	27,567,673
南區分區：	26,106,290	南區分區：	10,740,631	南區分區：	15,365,659
高屏分區：	26,066,694	高屏分區：	14,217,870	高屏分區：	13,129,221
東區分區：	2,847,436	東區分區：	1,640,185	東區分區：	1,377,790
小計：	209,517,260	小計：	101,486,599	小計：	114,170,456

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 114,170,456 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 335,829,544

註：
 1. 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議暨106年5月25日第2次會議決議略以「強化基層照護能力，開放表別」專款，將依各分區實際影響之點數，以每點1元併入106年各季各分區一般服務醫療給付費用中一併結算。另依據107年5月31日西醫基層總額研商議事會議107年第2次會議決議，107年比照106年結算方式辦理。
 2. 本表如當季醫令點數一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 = 129,000,000

第1季：

預算 = $129,000,000/4 = 32,250,000$
已支用點數： 0

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

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 32,250,000

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $129,000,000/4 + 32,250,000 = 64,500,000$
已支用點數： 0

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

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 64,500,000

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $129,000,000/4 + 64,500,000 = 96,750,000$
已支用點數： 25,106,750

暫結金額 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$
= 25,106,750

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 71,643,250

第4季：

預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝129,000,000/4＋71,643,250＝103,893,250
 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
 ＝103,893,250

全年合計：

全年預算＝129,000,000
 已支用點數：25,106,750
 暫結金額＝第1~4季暫結金額＝0＋0＋25,106,750＋0＝25,106,750
 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝129,000,000－25,106,750＝103,893,250
 註：依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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，詳表四。)

第1季已支用金額：41,157,982
 第2季已支用金額：42,376,488
 第3季已支用金額：41,391,346
 第4季已支用金額：0
 結算金額＝124,925,816

註：依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算由其他預算移列，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) 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) 支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(JC)	0	0	0
(4) 合計			
暫結金額(JA+JB+JC) =	0 +	0 +	0 =
未支用金額 = 第1季原預算一暫結金額	=	336,500,000 -	0 =
		336,500,000	336,500,000

第2季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,346,000,000/4 + 336,500,000 = 673,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1) 支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2) 支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3) 支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(KC)	0	0	0
(4) 合計			
暫結金額(KA+KB+KC) =	0 +	0 +	0 =
未支用金額 = 第2季原預算一暫結金額	=	673,000,000 -	0 =
		673,000,000	673,000,000

第3季：

原預算 = 當季原預算 + 前一季未支用金額 = 1,346,000,000/4 + 673,000,000 = 1,009,500,000

	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(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) 支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(LC)	10,541,476	10,541,476	10,541,476
(4) 合計			
暫結金額(LA+LB+LC) =	0 +	0 +	10,541,476 =
未支用金額 = 第3季原預算一暫結金額	=	1,009,500,000 -	10,541,476 =
		998,958,524	998,958,524

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝1,346,000,000/4＋998,958,524＝1,335,458,524

	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) 支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(MC)	0	0	0
(4) 合計			

暫結金額(MA+MB+MC)＝0＋0＋0＝0

未支用金額＝第4季原預算－暫結金額＝1,335,458,524－0＝1,335,458,524

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) 支應不足款後之基層總額轉診型態調整費用(NC)	10,541,476	10,541,476	10,541,476
(4) 合計			

暫結金額(NA+NB+NC)＝0＋0＋10,541,476＝10,541,476

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝1,346,000,000－10,541,476＝1,335,458,524

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. 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27)併入西醫基層總額各區一般服務預算結算。
3. 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。

(九) 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＋107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%)＋109,400,000
 ＝(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%＋109,400,000
 ＝26,100,987＋26,209,474＋25,603,157＋27,298,243＋109,400,000
 ＝214,611,861

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107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(105.2百萬元)與107年度之品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)107年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構				人口風險因素				轉診型態				R
	107Q3	107Q3	102Q3	104Q3	107Q3	107Q3	107Q3	107Q3	107Q3	107Q3	104Q3	105Q3	
權重			25%	25%			25%	25%			25%	25%	
臺北分區	0.36656	0.32450	0.32070	0.32565	0.32577	0.32587	0.36235	0.90986	0.90250	0.91172	0.91750	0.90773	0.32934
北區分區	0.15327	0.15567	0.15400	0.15380	0.15705	0.15782	0.15351	1.07970	1.07218	1.08864	1.08509	1.07290	0.16557
中區分區	0.17882	0.18664	0.18876	0.18723	0.18512	0.18545	0.17960	1.04198	1.03488	1.04264	1.03949	1.05090	0.18694
南區分區	0.13559	0.14452	0.14562	0.14437	0.14501	0.14308	0.13648	1.03078	1.05789	1.02209	1.01627	1.02685	0.14053
高屏分區	0.14443	0.16098	0.16358	0.16096	0.15935	0.16003	0.14609	1.08300	1.08830	1.07850	1.07730	1.08789	0.15805
東區分區	0.02133	0.02769	0.02734	0.02799	0.02770	0.02775	0.02197	0.89136	0.89099	0.89828	0.89087	0.88528	0.01957
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)107年第3季提撥臺北、點值落後地區及東區前分區一般服務預算總額(BD)=(D) × 【 66% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + 34% × 西醫基層89年第3季投保分區申報醫療費用占率(S)】 (加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 27,314,275.077 × (66% × 0.32934(R) + 34% × 0.32914(S)) = 8,993,825,983
北區分區一般服務預算總額	= 27,314,275.077 × (66% × 0.16557(R) + 34% × 0.12503(S)) = 4,145,935,483
中區分區一般服務預算總額	= 27,314,275.077 × (66% × 0.18694(R) + 34% × 0.18840(S)) = 5,119,689,389
南區分區一般服務預算總額	= 27,314,275.077 × (66% × 0.14053(R) + 34% × 0.16461(S)) = 4,062,102,509
高屏分區一般服務預算總額	= 27,314,275.077 × (66% × 0.15805(R) + 34% × 0.16734(S)) = 4,403,296,045
東區分區一般服務預算總額	= 27,314,275.077 × (66% × 0.01957(R) + 34% × 0.02548(S)) = 589,425,668

總計

27,314,275,077

(三)107年第3季提撥臺北、點值落後地區及東區後，分區一般服務預算總額、東區一般服務預算總額

項目	107年各季 療給付費用總額分配 至各分區預算合計	107年各季 預算占率	107年各季提 撥臺北預算	107年各季提 撥點值落後 地區預算	107年各季提 撥東區預算	106年東區各季 調整後預算	107年東區各季 調整後預算	提撥後扣除臺北、 點值落後地區、東 區五分區一般服 務醫療給付費用
季別	(D)	(C)	(W1) =3億×C	(W2) =1億×C	(W3) =4,800萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	27,813,799,517	0.24812742	74,438,226	24,812,742	11,910,116	611,830,272	623,740,388	27,090,808,161
第2季	27,914,972,377	0.24902998	74,708,994	24,902,998	11,953,439	624,020,779	635,974,218	27,179,386,167
第3季	27,314,275,077	0.24367115	73,101,345	24,367,115	11,696,215	597,316,025	609,012,240	26,607,794,377
第4季	29,051,779,149	0.25917145	77,751,435	25,917,145	12,440,230	626,663,227	639,103,457	28,309,007,112
合計	112,094,826,120	1.00000000	300,000,000	100,000,000	48,000,000	2,459,830,303	2,507,830,303	109,186,995,817

分區	R值	不含東區 校正R值 (R1)	S值	不含東區 校正S值 (S1)	提撥臺北、點值落後地區、東區後 分區一般服務預算總額 五分區BD1=D1×(66%×R1+34%×S1) 東區一般服務預算總額 BD2=H2
臺北	0.32934	0.33591	0.32914	0.33775	8,954,470,045
北區	0.16557	0.16887	0.12503	0.12830	4,126,235,642
中區	0.18694	0.19067	0.18840	0.19333	5,097,372,243
南區	0.14053	0.14334	0.16461	0.16891	4,045,284,089
高屏	0.15805	0.16121	0.16734	0.17171	4,384,432,358
東區	0.01957		0.02548		609,012,240
合計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	27,216,806,617

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11708R01

西醫醫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：108/02/23

107年第3季

結算主要費用年月起迄：107/07-107/09

核付截止日期：107/12/31

頁次：20

(四)調整「成長率」後五分區(不含東區)一般服務預算總額：

五分區(不含東區)成長率不得低於1.96%。

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. 五分區(不含東區)一般服務預算總額第1次調整預算

分區	107年第3季		106年第3季		A	BDI	GR=BDI/A-1	GL=1.96%	預訂第1次調整後		L1=J1-BDI>0
	分區預算	後分區預算	各分區預算	原成長率					成長率	分區預算	
臺北	8,751,444,901	8,954,470,045	8,954,470,045	2.32%	8,954,470,045	2.32%	1.96%	2.32%	8,954,470,045	-	
北區	4,002,776,218	4,126,235,642	4,126,235,642	3.08%	4,126,235,642	3.08%	1.96%	3.08%	4,126,235,642	-	
中區	4,999,577,044	5,097,372,243	5,097,372,243	1.96%	5,097,372,243	1.96%	1.96%	1.96%	5,097,372,243	-	
南區	4,000,618,674	4,045,284,089	4,045,284,089	1.12%	4,045,284,089	1.12%	1.96%	1.96%	4,079,030,800	33,746,711	
高屏	4,273,117,877	4,384,432,358	4,384,432,358	2.60%	4,384,432,358	2.60%	1.96%	2.60%	4,384,432,358	-	
合計	26,027,534,714	26,607,794,377	26,607,794,377		26,607,794,377				26,641,541,088	33,746,711	

註：預訂第1次調整後成長率(GI)：

(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(GI) = 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(GI) = 各分區預算原成長率(GR)。

107年第3季

提撥臺北、點值

落後地區、東區

後分區原預算

預訂第1次

調整後不

足之額度

高於下限額度

之分區預算

之總額

高於下限額

度之分區

預算占率

分攤

之額度

第1次

調整後

分區預算

第1次

調整後

成長率

A

BDI

SI = LI 合計

DI

EI
= DI / 加總DI

RI = SI × EI

J2 = BDI + LI - RI

G2 = J2
/ A - 1

臺北 8,751,444,901
北區 4,002,776,218
中區 4,999,577,044
南區 4,000,618,674
高屏 4,273,117,877

8,954,470,045
4,126,235,642
-
-
4,384,432,358

0.51270537
0.23625554
-
-
0.25103909

17,302,120
7,972,847
-
-
8,471,744

8,937,167,925
4,118,262,795
5,097,372,243
4,079,030,800
4,375,960,614

2.12%
2.89%
1.96%
1.96%
2.41%

合計 26,027,534,714 26,607,794,377 33,746,711 17,465,138,045 1.00000000 33,746,711 26,607,794,377

(五)調整「撥補款」後五分區(不含東區)一般服務預算總額：

1. 試算四分區(不含臺北區及東區)一般服務淨動每點支付金額

試算一般服務淨動每點支付金額 = [調整成長率後分區預算(J2)+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 X 前季投保分區浮動點值(AF) - 投保該分區核定非浮動點數(BG)
 - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ) / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

北部分區 = [4, 118, 262, 795 + 3, 144, 422 - 616, 734, 630 - 1, 164, 913, 685 - 1, 515, 560] / 2, 454, 645, 537 = 0. 95257882 (點值次低地區)
 中部分區 = [5, 097, 372, 243 + 2, 013, 312 - 309, 252, 850 - 1, 515, 689, 169 - 2, 149, 176] / 3, 579, 147, 953 = 0. 91426630 (點值落後地區)
 南部分區 = [4, 079, 030, 800 + 8, 837, 198 - 394, 246, 028 - 1, 211, 723, 636 - 656, 111] / 2, 549, 587, 870 = 0. 97319345
 高屏分區 = [4, 375, 960, 614 + 8, 711, 664 - 272, 699, 283 - 1, 319, 684, 705 - 754, 357] / 2, 871, 419, 876 = 0. 97217894

註：

1. 點值落後地區定義：四區(北區、中區、南區、高屏區)點值最低分區且其浮動點值每點低於1元為點值落後地區。
2. 點值落後地區之處理方式：以1億各季撥補款為上限，計算撥補款，撥補後浮動點值不得高於四區點值次低分區之浮動點值。剩餘或未動用之撥補款移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如107年第四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(東區以106年各季預算加107年各季提撥款)之預算占率，攤分至各區預算。

2. 撥補點值落後地區所需預算

撥補點值落後地區所需預算＝撥補後點值×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數

- －【(調整成長率後分區預算(J2)+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)－當地就醫分區自墊核退點數(BJ)】

$$= 0.95257882 \times 3,579,147,953 - [5,097,372,243 + 2,013,312 - 309,252,850 - 1,515,689,169 - 2,149,176]$$

※因撥補點值落後地區所需預算 > 107年各季提撥點值落後地區預算(W2)，

撥補點值落後地區所需預算(W2.1)＝107年各季提撥點值落後地區預算(W2)＝24,367,115

3. 調整撥補款後五分區(不含東區)一般服務預算總額

分區	調整成長率後 分區一般 服務預算		臺北區 撥補款 (W1)	點值落後地區 撥補款 (W21)	調整撥補款後 五分區一般 服務預算總額 BD2＝J2+W1+W21
	(J2)	(W1)			
臺北區	8,937,167,925	73,101,345	0	0	9,010,269,270
北區	4,118,262,795	0	0	0	4,118,262,795
中區	5,097,372,243	0	24,367,115	0	5,121,739,358
南區	4,079,030,800	0	0	0	4,079,030,800
高屏	4,375,960,614	0	0	0	4,375,960,614
合計	26,607,794,377	73,101,345	24,367,115	0	26,705,262,837

註：

1. 為避免各分區一般服務預算總額(BD2)各別加總後與分區一般服務預算總額(D)所產生之數元誤差，最後分區(高屏分區)一般服務預算 = 分區一般服務預算總額(D)減去東區調整後預算及其他四分區一般服務預算總額(BD2)。
2. 107年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
 - (1) 107年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥3億元予臺北區，提撥1億元予點值落後地區，提撥4800萬元予東區，依107年一般服務費用4季占率分季提撥。107年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以106年東區各季預算為基期，另加前開該區各季撥補款。
 - (2) 107年西醫基層總額五分區(不含東區)一般服務費用預算，依據不含東區之R值及S值重校正計算分配。
 - (3) 107年西醫基層總額五分區(不含東區)一般服務費用預算提撥臺北區及點值落後地區款項後，五分區(不含東區)依公式計算，五分區成長率不得低於1.96% (註： $2.310\% \times (1-15\%) = 1.96\%$)。低於下限成長率之處理方式：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) 107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加各季撥補款。
 - (5) 五分區各季浮動點值以每點1元為上限，東區各季浮動點值以每點1.1元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於上限之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，攤分至該區預算。如六分區浮動點值均高於上限，則超出金額移至下季總額預算。
 - (6) 如107年第四季各區浮動點值調整後均高於前開上限，則超出金額依分區預算占率，攤分至各區預算。
3. R值、SMR及TRANS則以102-105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。
4. 107年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，臺北區及點值落後地區一般服務費用另加各季撥補款。

(六)調整查處追扣金額、強化基層照護能力開放表列及轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

105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107年六分區地區預算分配扣除項目。

107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—3,267,464元；中區分區—740,479元；北區分區—1,168,141元；南區分區—5,379,580元；高屏分區—1,276,837元；東區分區—150,555元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 105年各季預算占率(Ra)		0.24777906	0.24915350	0.24329686	0.25977058	1
2. 調整撥款後分區一般服務預算總額(BD2)		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	9,127,700,939	9,208,540,329	9,010,269,270	0	27,346,510,538
	北區分區	4,172,395,547	4,215,052,290	4,118,262,795	0	12,505,710,632
	中區分區	5,300,999,003	5,266,953,808	5,121,739,358	0	15,689,692,169
	南區分區	4,162,786,325	4,191,344,123	4,079,030,800	0	12,433,161,248
	高屏分區	4,426,177,315	4,397,107,609	4,375,960,614	0	13,199,245,538
	東區分區	623,740,388	635,974,218	609,012,240	0	1,868,726,846
	小計	27,813,799,517	27,914,972,377	27,314,275,077	0	83,043,046,971
3. 各分區應減列查處追扣金額 (BK)=各分區(應減列金額K)×105年 各季預算占率(Ra)		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
	臺北分區	809,609	814,100	794,964	848,791	3,267,464
	北區分區	183,475	184,493	180,156	192,355	740,479
	中區分區	289,441	291,046	284,205	303,449	1,168,141
	南區分區	1,332,947	1,340,341	1,308,835	1,397,457	5,379,580
	高屏分區	316,373	318,128	310,650	331,686	1,276,837
	東區分區	37,304	37,511	36,630	39,110	150,555
	小計(KS)	2,969,149	2,985,619	2,915,440	3,112,848	11,983,056
4. 105年各分區預算占率(Ra)						
	臺北分區	0.32520300	0.32709616	0.32609698	0.32867015	
	北區分區	0.14821862	0.14982755	0.14994159	0.14926998	
	中區分區	0.19131868	0.18823062	0.18762803	0.18678843	
	南區分區	0.15245242	0.15255124	0.15191982	0.15125781	
	高屏分區	0.15996570	0.15911425	0.16170667	0.16171406	
	東區分區	0.02284158	0.02318018	0.02270691	0.02229957	
	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：RGBI1708R01

107年第3季

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

核付截止日期:107/07-107/09

列印日期：108/02/23

頁次：26

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)×105年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	965,576	976,585	950,716	1,023,100	3,915,977
	北區分區	440,083	447,328	437,146	464,655	1,789,212
	中區分區	568,054	561,985	547,018	581,444	2,258,501
	南區分區	452,654	455,460	442,913	470,843	1,821,870
	高屏分區	474,962	475,055	471,446	503,391	1,924,854
	東區分區	67,820	69,206	66,201	69,415	272,642
小計		2,969,149	2,985,619	2,915,440	3,112,848	11,983,056
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=BD2-BK+BL	臺北分區	9,127,856,906	9,208,702,814	9,010,425,022	(BD3_q4)	(加總BD3)
	北區分區	4,172,652,155	4,215,315,125	4,118,519,785	0	27,346,984,742
	中區分區	5,301,277,616	5,267,224,747	5,122,002,171	0	12,506,487,065
	南區分區	4,161,906,032	4,190,459,242	4,078,164,878	0	15,690,504,534
	高屏分區	4,426,335,904	4,397,264,536	4,376,121,410	0	12,430,530,152
	東區分區	623,770,904	636,005,913	609,041,811	0	13,199,721,850
小計	27,813,799,517	27,914,972,377	27,314,275,077	0	83,043,046,971	
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)	臺北分區	(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
	北區分區	35,527,208	0	0	0	35,527,208
	中區分區	20,196,402	1,006,503	0	0	21,202,905
	南區分區	20,157,750	430,081	6,979,842	0	27,567,673
	高屏分區	9,853,255	1,876,162	3,636,242	0	15,365,659
	東區分區	11,233,158	1,896,063	0	0	13,129,221
小計	1,274,703	0	103,087	0	1,377,790	
小計	98,242,476	5,208,809	10,719,171	0	114,170,456	

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
8. 調整強化基層照護能力開列表列後 分區一般服務預算總額 (BD4)=BD3+BW	臺北分區	(BD4_q1) 9,163,384,114	(BD4_q2) 9,208,702,814	(BD4_q3) 9,010,425,022	(BD4_q4) 0	(加總BD4) 27,382,511,950
	北區分區	4,192,848,557	4,216,321,628	4,118,519,785	0	12,527,689,970
	中區分區	5,321,435,366	5,267,654,828	5,128,982,013	0	15,718,072,207
	南區分區	4,171,759,287	4,192,335,404	4,081,801,120	0	12,445,895,811
	高屏分區	4,437,569,062	4,399,160,599	4,376,121,410	0	13,212,851,071
	東區分區	625,045,607	636,005,913	609,144,898	0	1,870,196,418
	小計	27,912,041,993	27,920,181,186	27,324,994,248	0	83,157,217,427
9. 各分區「基層總額轉診型態調整 費用」(BX=1元/點×LC)	臺北分區	0	0	805,522	0	805,522
	北區分區	0	0	3,943,731	0	3,943,731
	中區分區	0	0	1,991,360	0	1,991,360
	南區分區	0	0	2,634,856	0	2,634,856
	高屏分區	0	0	882,225	0	882,225
	東區分區	0	0	283,782	0	283,782
	小計	0	0	10,541,476	0	10,541,476
10. 調整「基層總額轉診型態調整 費用」後分區一般服務預算總額 (BD5)=BD4+BX	臺北分區	(BD5_q1) 9,163,384,114	(BD5_q2) 9,208,702,814	(BD5_q3) 9,011,230,544	(BD5_q4) 0	(加總BD5) 27,383,317,472
	北區分區	4,192,848,557	4,216,321,628	4,122,463,516	0	12,531,633,701
	中區分區	5,321,435,366	5,267,654,828	5,130,973,373	0	15,720,063,567
	南區分區	4,171,759,287	4,192,335,404	4,084,435,976	0	12,448,530,667
	高屏分區	4,437,569,062	4,399,160,599	4,377,003,635	0	13,213,733,296
	東區分區	625,045,607	636,005,913	609,428,680	0	1,870,480,200
	小計	27,912,041,993	27,920,181,186	27,335,535,724	0	83,167,758,903

註：

1. 依據107年3月2日西醫基層總額研商議事會議107第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會107年1月11日全醫聯字第1070000079號函所送「107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
2. 105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107年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - (1)107年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
臺北-3,267,464元、北區-740,479元、中區-1,168,141元、南區-5,379,580元、高屏-1,276,837元、東區-150,555元。
 - (2)107年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依105年四季預算占率計算。
 - (3)107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105年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至107年六分區各該季費用預算。
3. 依據106年2月23日西醫基層總額研商議事會議106年第1次會議決議「強化基層照護能力，開放表別」，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。另依據107年5月31日西醫基層總額研商議事會議107年第2次會議決議，107年比照106年結算方式辦理。前開實際影響之點數詳見本表「二、專款項目費用」中之第(五)點強化基層照護能力開放表別。
4. 依據107年12月18日西醫基層總額研商議事會議107年第4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。

四、一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保分區浮動點值	核定浮動點數×前季投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	5,750,049,505(BF)	0.94755971	-----	1,948,718,437	2,050,641
	2-北區分區	527,341,636	0.94755971	499,687,688	187,516,777	
	3-中區分區	365,786,631	0.94755971	346,604,674	129,009,677	
	4-南區分區	235,351,852	0.94755971	223,009,933	89,668,421	
	5-高屏分區	310,877,901	0.94755971	294,575,374	110,712,441	
	6-東區分區	46,674,829	0.94755971	44,227,187	20,653,738	
7-合計		7,236,082,354(GF)		1,408,104,856(AF)	2,486,279,491(BG)	2,050,641(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	340,042,728	0.97462779	331,415,092	114,229,459	
	2-北區分區	2,454,645,537(BF)	0.97462779	-----	938,822,949	1,515,560
	3-中區分區	144,728,469	0.97462779	141,056,388	54,602,929	
	4-南區分區	83,192,517	0.97462779	81,081,739	30,731,736	
	5-高屏分區	55,578,214	0.97462779	54,168,072	22,001,961	
	6-東區分區	9,247,981	0.97462779	9,013,339	4,524,651	
7-合計		3,087,435,446(GF)		616,734,630(AF)	1,164,913,685(BG)	1,515,560(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	111,654,484	0.96214759	107,428,093	38,476,802	
	2-北區分區	69,255,537	0.96214759	66,634,048	25,176,700	
	3-中區分區	3,579,147,953(BF)	0.96214759	-----	1,396,544,573	2,149,176
	4-南區分區	84,819,673	0.96214759	81,609,044	33,501,240	
	5-高屏分區	49,513,266	0.96214759	47,639,070	18,813,095	
	6-東區分區	6,176,386	0.96214759	5,942,595	3,176,759	
7-合計		3,900,567,299(GF)		309,252,850(AF)	1,515,689,169(BG)	2,149,176(BJ)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保		核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
			分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值			
4-南區分區	1-臺北分區	112,985,520	1.00000000	112,985,520	40,718,448		
	2-北區分區	46,360,535	1.00000000	46,360,535	17,224,011		
	3-中區分區	104,567,193	1.00000000	104,567,193	41,142,869		
	4-南區分區	2,549,587,870(BF)	1.00000000	---	1,058,163,538	656,111	
	5-高屏分區	126,041,575	1.00000000	126,041,575	52,187,045		
	6-東區分區	4,291,205	1.00000000	4,291,205	2,287,725		
7-合計		2,943,833,898(GF)		394,246,028(AF)	1,211,723,636(BG)	656,111(BJ)	
5-高屏分區	1-臺北分區	65,921,688	0.97649634	64,372,287	22,360,783		
	2-北區分區	31,449,886	0.97649634	30,710,699	11,457,688		
	3-中區分區	53,882,801	0.97649634	52,616,358	20,687,535		
	4-南區分區	120,548,009	0.97649634	117,714,690	49,228,023		
	5-高屏分區	2,871,419,876(BF)	0.97649634	---	1,212,062,605	754,357	
	6-東區分區	7,460,600	0.97649634	7,285,249	3,888,071		
7-合計		3,150,682,860(GF)		272,699,283(AF)	1,319,684,705(BG)	754,357(BJ)	
6-東區分區	1-臺北分區	24,133,904	1.10000000	26,547,294	10,048,421		
	2-北區分區	12,076,920	1.10000000	13,284,612	5,075,308		
	3-中區分區	8,785,087	1.10000000	9,663,596	4,128,916		
	4-南區分區	8,400,342	1.10000000	9,240,376	2,335,948		
	5-高屏分區	10,526,602	1.10000000	11,579,262	4,667,485		
	6-東區分區	325,881,912(BF)	1.10000000	---	171,916,887	99,331	
7-合計		389,804,767(GF)		70,315,140(AF)	198,172,965(BG)	99,331(BJ)	

2. 一般服務分區浮動每點支付金額

= [分區一般服務預算總額(BD5)]

+ 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)

- 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	= [9,011,230,544 +	260,508 -	1,408,104,856 -	(2,486,279,491 -	1,946,560) -	2,050,641] /	5,750,049,505 =	0.88990584
北區分區	= [4,122,463,516 +	3,144,422 -	616,734,630 -	(1,164,913,685 -	1,763,010) -	1,515,560] /	2,454,645,537 =	0.95500839
中區分區	= [5,130,973,373 +	2,013,312 -	309,252,850 -	(1,515,689,169 -	1,345,336) -	2,149,176] /	3,579,147,953 =	0.92403021
南區分區	= [4,084,435,976 +	8,837,198 -	394,246,028 -	(1,211,723,636 -	972,794) -	656,111] /	2,549,587,870 =	0.97569502
高屏分區	= [4,377,003,635 +	8,711,664 -	272,699,283 -	(1,319,684,705 -	2,753,674) -	754,357] /	2,871,419,876 =	0.97350118
東區分區	= [609,428,680 +	18,424,242 -	70,315,140 -	(198,172,965 -	355,494) -	99,331] /	325,881,912 =	1.10353158

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[分區一般服務預算總額(BD5)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議)

- 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [27,335,535,724 + 41,391,346

- (7,896,463,651 -

9,136,868) -

7,225,176] / 20,708,406,624 = 0.94079547

$$\begin{aligned}
 & \text{4. 一般服務分區平均點值} = [\text{分區一般服務預算總額(BD5)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
 & \quad / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 \text{臺北分區} & = [9,011,230,544 + 260,508] / [7,236,082,354 + 2,486,279,491 - 1,946,560 + 2,050,641] = 0.92687299 \\
 \text{北區分區} & = [4,122,463,516 + 3,144,422] / [3,087,435,446 + 1,164,913,685 - 1,763,010 + 1,515,560] = 0.97025148 \\
 \text{中區分區} & = [5,130,973,373 + 2,013,312] / [3,900,567,299 + 1,515,689,169 - 1,345,336 + 2,149,176] = 0.94755945 \\
 \text{南區分區} & = [4,084,435,976 + 8,837,198] / [2,943,833,898 + 1,211,723,636 - 972,794 + 656,111] = 0.98508686 \\
 \text{高屏分區} & = [4,377,003,635 + 8,711,664] / [3,150,682,860 + 1,319,684,705 - 2,753,674 + 754,357] = 0.98150266 \\
 \text{東區分區} & = [609,428,680 + 18,424,242] / [389,804,767 + 198,172,965 - 355,494 + 99,331] = 1.06828293 \\
 \\
 & \text{5. 一般服務全區平均點值} \\
 & = [27,335,535,724 + 41,391,346] / [20,708,406,624 + 7,896,463,651 - 9,136,868 + 7,225,176] = 0.95713620
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{6. 西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總[分區一般服務預算總額(BD5)} \\
 & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
 & \quad / \text{加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數(BJ)} \\
 & \quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)}] \\
 & = [27,335,535,724 + 41,391,346 + 269,015,908] / [20,708,406,624 + 7,896,463,651 - 9,136,868 + 7,225,176 + 264,898,402] \\
 & = 0.95767216
 \end{aligned}$$

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(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(全年預算總金額/4)
 = 69,746,116 + 14,200 + 48,209,177 + 72,286,700 + 25,106,750 + 53,652,965 = 269,015,908
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。

五、修正後一般服務服務各分區點值之計算

1. 各區各季浮動點值以每點1.1元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於1.1元之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，撥補至該區預算。

分區	調整後分區一般服務預算總額	原一般服務浮動每點支付金額	分區當季浮動點值大於1或1.1之分配款	低於點值上限之分區預算	低於點值上限之分區預算占率	調整點值之各分區分配款	修正後一般服務預算	修正後浮動每點支付金額
	BD5	Z	TI(註1、2)	XI	P =XI/加總XI	PI =加總TIxP	BD6 =BD5-TI+PI	Z1(註3)
臺北	9,011,230,544	0.88990584	0	9,011,230,544	0.33716959	388,041	9,011,618,585	0.88997332
北區	4,122,463,516	0.95500839	0	4,122,463,516	0.15424856	177,521	4,122,641,037	0.95508071
中區	5,130,973,373	0.92403021	0	5,130,973,373	0.19198357	220,949	5,131,194,322	0.92409194
南區	4,084,435,976	0.97569502	0	4,084,435,976	0.15282570	175,884	4,084,611,860	0.97576401
高屏	4,377,003,635	0.97350118	0	4,377,003,635	0.16377258	188,482	4,377,192,117	0.97356682
東區	609,428,680	1.10353158	1,150,877	0	0.00000000	0	608,277,803	1.10000000
合計	27,335,535,724		1,150,877	26,726,107,044	1.00000000	1,150,877	27,335,535,724	

註：

- 五分區當季浮動點值大於1之分配款(TI)=[調整後分區一般服務預算總額(BD5)+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)
- 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BI)]-1×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
- 東區當季浮動點值大於1.1之分配款(TI)=[調整後分區一般服務預算總額(BD5)+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)
- 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BI)]-1.1×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
- 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(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)
- 當地就醫分區未跨區自墊核退點數(BI)] / 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	= [9,011,618,585 + 260,508 - (2,486,279,491 - 1,946,560) - 2,050,641] / 5,750,049,505 = 0.88997332				
北區分區	= [4,122,641,037 + 3,144,422 - 616,734,630 - (1,164,913,685 - 1,763,010) - 1,515,560] / 2,454,645,537 = 0.95508071				
中區分區	= [5,131,194,322 + 2,013,312 - 309,252,850 - (1,515,689,169 - 1,345,336) - 2,149,176] / 3,579,147,953 = 0.92409194				
南區分區	= [4,084,611,860 + 8,837,198 - 394,246,028 - (1,211,723,636 - 972,794) - 656,111] / 2,549,587,870 = 0.97576401				
高屏分區	= [4,377,192,117 + 8,711,664 - 272,699,283 - (1,319,684,705 - 2,753,674) - 754,357] / 2,871,419,876 = 0.97356682				
東區分區	= [608,277,803 + 18,424,242 - 70,315,140 - (198,172,965 - 355,494) - 99,331] / 325,881,912 = 1.10000000				

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 (BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 - (核定非浮動點數 (BG) - 藥品價量協議) - 自墊核退點數 (BJ)] / 加總一般服務浮動核定點數 (GF)				
	= [27,335,535,724 + 41,391,346 - (7,896,463,651 - 9,136,868) - 7,225,176] / 20,708,406,624 = 0.94079547				

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 (BD6) + 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 + 自墊核退點數 (BJ)]				
臺北分區	= [9,011,618,585 + 260,508] / [7,236,082,354 + 2,486,279,491 - 1,946,560 + 2,050,641] = 0.92691290				
北區分區	= [4,122,641,037 + 3,144,422] / [3,087,435,446 + 1,164,913,685 - 1,763,010 + 1,515,560] = 0.97029323				
中區分區	= [5,131,194,322 + 2,013,312] / [3,900,567,299 + 1,515,689,169 - 1,345,336 + 2,149,176] = 0.94760024				
南區分區	= [4,084,611,860 + 8,837,198] / [2,943,833,898 + 1,211,723,636 - 972,794 + 656,111] = 0.98512919				
高屏分區	= [4,377,192,117 + 8,711,664] / [3,150,682,860 + 1,319,684,705 - 2,753,674 + 754,357] = 0.98154484				
東區分區	= [608,277,803 + 18,424,242] / [389,804,767 + 198,172,965 - 355,494 + 99,331] = 1.06632473				

5. 修正後一般服務全區平均點值	= [27,335,535,724 + 41,391,346] / [20,708,406,624 + 7,896,463,651 - 9,136,868 + 7,225,176] = 0.95713620
------------------	---

$$\begin{aligned}
& 6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總[修正後分區一般服務預算總額(BD6)} \\
& \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)]} \\
& \quad / \text{加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議} \\
& \quad + \text{自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)]} \\
& = [27,335,535,724 + 41,391,346 + 269,015,908] / [20,708,406,624 + 7,896,463,651 - 9,136,868 + 7,225,176 + 264,898,402] \\
& = 0.95767216
\end{aligned}$$

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(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(全年預算總金額/4)
 = 69,746,116 + 14,200 + 48,209,177 + 72,286,700 + 25,106,750 + 53,652,965 = 269,015,908
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。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月107/06(含)以前：於107/10/01~107/12/31期間核付者。
 費用年月107/07~107/09：於107/07/01~107/12/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

