

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)2706-9043
承辦人及電話：劉勁梅(02)2706-5866轉3618
電子信箱：A110626@nhi.gov.tw

42054

台中市豐原區成功路620號4樓

受文者：台中市大台中醫師公會

發文日期：中華民國107年3月21日

發文字號：健保醫字第1070032885B號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

擬辦意見：合訊網站查詢

理事長核示

傅溶次女

日期:

辦理情形：

主旨：檢送106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」一份(如附件)，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」。
- 二、次依107年3月2日召開之「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」107年第1次會議決定略以，確認106年第3季西醫基層總額支付制度各區預算總額及每點支付金額依前開規定辦理點值公布、結算事宜。
- 三、另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107年3月15日起暫付、核付之西醫基層總額費用依106年第3季點值辦理，並於107年3月辦理點值結算追扣補付事宜。

國師署含
全驗本均
會檢、(公
事署會
師醫稅公
醫國賦醫
國民部醫
民華政市
華中財縣
中、各
、會、
會合組
險聯聯理
保國國管
康全全務
健會會醫
民公公署
全師師本
部藥療、
利國治室
福民理計
生華物主
衛中國署
、民本
司會華、
險協中組
組保院、
務會醫會
業社灣合
區部台聯
分利、國、
各福會全
署生合會
本衛聯公
正副：本

署長 李伯璋

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/13

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：1

一、西醫基層一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (105\text{年第3季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口數成長率差值}) \times (1+3.963\%) \\
 &= (25,493,164,265 + 109,992,542) \times (1+3.963\%) \\
 &= 26,617,809,911(\text{G})
 \end{aligned}$$

(二)106年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	104年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (A1)	103年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B1)	105年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G0) =(A1+B1)× (1+3.831%)	104年各季校 正投保人口數 成長率差值 (B2)	106年 各季一般服務醫 療給付費用總額 (G) =(G0+B2)× (1+3.963%)	106年品質保 證保留款 (F1) (說明3)	106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 (D2) =G-(F1)
季別							
第1季	24,942,739,957	62,172,379	25,962,850,528	138,136,588	27,135,369,235	51,105,899	27,084,263,336
第2季	25,052,659,157	90,929,509	26,106,839,548	102,634,233	27,248,155,227	51,353,063	27,196,802,164
第3季	24,458,976,361	93,579,489	25,493,164,265	109,992,542	26,617,809,911	50,155,713	26,567,654,198
第4季	26,106,090,973	108,918,870	27,219,306,870	78,935,917	28,380,072,149	53,513,253	28,326,558,896
合 計	100,560,466,448	355,600,247	104,782,161,211	429,699,280	109,381,406,522	206,127,928	109,175,278,594

註：

1. 105年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G0)

$$= (104\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times (1 + 3.831\%)$$

2. 106年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額(G)

$$= (105\text{年各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times (1 + 3.963\%)$$

※一般服務成長率為3.963%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.159%，協商因素成長率0.804%。

3. 106年品質保證保留款(F1) = 105年編列之品質保證保留款預算 + 106年編列之品質保證保留款預算

$$= (104\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 105\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) + (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 106\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%)$$

※依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後105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105年第5次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

(三)106年各季門診透析服務預算

$$= 105\text{年各季西醫基層門診透析服務預算} \times (1+5.342\%)$$

$$= 3,936,850,944 \times (1+5.342\%)$$

$$= 4,147,157,521$$

(四)106年各季品質保證保留款

$$= 105\text{年編列之品質保證保留款預算} + 106\text{年編列之品質保證保留款預算}$$

$$= (104\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(A1) + 103\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B1)) \times 105\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%) + (105\text{年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額}(G0) + 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(B2)) \times 106\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.10\%)$$

$$= (24,458,976,361 + 93,579,489) \times 0.10\% + (25,493,164,265 + 109,992,542) \times 0.10\%$$

$$= 24,552,556 + 25,603,157 = 50,155,713$$

(五)「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部門支應)

$$\text{第1季已結算金額：} 12,475,120$$

$$\text{第2季已結算金額：} 12,581,520$$

$$\text{第3季已結算金額：} 13,260,240$$

$$\text{第4季已結算金額：} 0$$

$$\text{全年已結算金額：} 38,316,880$$

二、專款項目費用

(一)加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥) 全年預算=688,000,000

1. 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫 全年預算=400,000,000

第1季已支用點數： 67,488,111

第2季已支用點數： 69,730,252

第3季已支用點數： 70,692,606

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點× 已支用點數 = 207,910,969

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 192,089,031

2. C肝新藥 全年預算=288,000,000

(1)C肝新藥已支用點數

第1季已支用點數： 5,889,504

第2季已支用點數： 29,606,736

第3季已支用點數： 56,523,168

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 92,019,408

(2)廠商負擔款

第1季金額： 0

第2季金額： 187,488

第3季金額： 0

第4季金額： 0

全年合計金額： 187,488

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 92,019,408未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 288,000,000 - (92,019,408 - 187,488)
= 288,000,000 - 91,831,920
= 196,168,080

註：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106年度C型肝炎用藥專款，使更多病患使用C肝新藥。

3. 合計 全年預算=688,000,000

第1季已支用點數：73,377,615

第2季已支用點數：99,336,988

第3季已支用點數：127,215,774

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：299,930,377

$$\begin{aligned}\text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 299,930,377\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 688,000,000 - (299,930,377 - 187,488) \\ &= 688,000,000 - 299,742,889 \\ &= 388,257,111\end{aligned}$$

註：依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，其中西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)，全年經費688百萬元。原加強慢性B型及C型肝炎治療計畫本項預算不足部分，由其他預算(「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下)支應。

(二)家庭醫師整合性照護計畫 全年預算= 1,580,000,000

(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)

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：0

全年已支用點數：484,933,767

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 484,933,767$$

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

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

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數：	0
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：	0
全年已支用點數：	39,200
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	39,200

4. 合計

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：	0
全年已支用點數：	484,972,967
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	484,972,967
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 =	1,095,027,033

補充：

105年家庭醫師整合性照護計畫 全年預算 = 1,180,000,000

1. 個案管理費

結算年105年第1季已支用點數：	64,449,675
第2季已支用點數：	280,461,997
第3季已支用點數：	-69,854
第4季已支用點數：	235,663,534
全年已支用點數：	580,505,352
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	580,505,352

2. 績效獎勵費用

結算年105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106年已支用點數：599,580,032(傳票日期：106/06/30前核付者)

合計已支用點數 = 599,580,032

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 599,580,032元

程式代號：RGBI1608R01

106年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

列印日期：107/02/13

頁 次： 6

3. 合計:

結算年105年第1季已支用點數： 64,449,675

第2季已支用點數： 280,461,997

第3季已支用點數： -69,854

第4季已支用點數： 235,663,534

全 年已支用點數： 580,505,352

結算年106年已支用點數： 599,580,032(傳票日期:106/06/30前核付者)

105年家庭醫師整合性照護計畫全年暫結金額＝ 1,180,085,384

全年未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 1,180,000,000－ 1,180,085,384 ＝ -85,384

全年預算－ 個案管理費

家庭醫師整合性照護計畫全年結算浮動點值＝ -----

績效獎勵費用

＝ 0.99985759

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫規定，本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，計算績效獎勵費用。績效獎勵費用則採浮動點值支付，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= 180,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=180,000,000/4= 45,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	2,173,286	收入	2,192,849 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡回醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	17,986,600 (J3)
巡回醫療服務之診察費加成點數J4:			已支用點數	3,967,225 (J4)
(3)診察費及診療費點值差額J5:			點值補助差額	251,504 (J5)

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已支用點數)+J5= 24,398,178

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額 = 20,601,822

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 20,601,822= 65,601,822

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	2,343,211	收入	2,931,795 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡回醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	20,170,800 (K3)
巡回醫療服務之診察費加成點數K4:			已支用點數	4,396,369 (K4)
(3)診察費及診療費點值差額K5:			點值補助差額	599,217 (K5)

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已支用點數)+K5= 28,098,181

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額 = 37,503,641

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 37,503,641= 82,503,641

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	2,423,382	收入	4,147,062 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡回醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	20,029,500 (L3)
巡回醫療服務之診察費加成點數L4:			已支用點數	4,547,314 (L4)
(3)診察費及診療費點值差額L5:			點值補助差額	1,117,586 (L5)

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已支用點數)+L5= 29,841,462

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額 = 52,662,179

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 52,662,179= 97,662,179

(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)診察費及診療費點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)

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已支用點數)+M5= 0

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額 = 97,662,179

合計:

全年預算=180,000,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1:	點數	6,939,879	收入	9,271,706 (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	58,186,900 (N3)
巡迴醫療服務之診察費加成點數N4:			已支用點數	12,910,908 (N4)
(3)診察費及診療費點值差額N5:			點值補助差額	1,968,307 (N5)

暫結金額= 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)= 82,337,821

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額 = 97,662,179

註：依據「106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(不含巡迴服務之「論次計酬」)及診察費加成，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，先支應其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。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(四)醫療給付改善方案 全年預算＝ 300,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 10,424,800

第2季已支用點數： 10,025,800

第3季已支用點數： 9,313,350

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 29,763,950

2. 糖尿病

第1季已支用點數： 42,766,065

第2季已支用點數： 43,189,690

第3季已支用點數： 47,168,565

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 133,124,320

3. 思覺失調症

第1季已支用點數： 250,784

第2季已支用點數： 209,401

第3季已支用點數： 203,100

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 663,285

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

第1季已支用點數： 2,415,200

第2季已支用點數： 2,786,720

第3季已支用點數： 2,632,270

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 7,834,190

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數： 2,487,600

第2季已支用點數： 4,548,300

第3季已支用點數： 3,017,400

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 10,053,300

程式代號：RGBI1608R01

106年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

列印日期：107/02/13

頁 次： 10

6. 早期療育門診

第1季已支用點數： 11,000

第2季已支用點數： 17,000

第3季已支用點數： 22,000

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 50,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 36,400

第3季已支用點數： 111,600

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 148,000

8. 合計

第1季已支用點數： 58,355,449

第2季已支用點數： 60,813,311

第3季已支用點數： 62,468,285

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 181,637,045

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 118,362,955

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/02/13

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：11

(五)強化基層照護能力開放表別 全年預算= 250,000,000

第1季： 106年醫令點數(U1)：	105年醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
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2季： 106年醫令點數(U2)：	105年醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
臺北分區： 11,621,627	臺北分區： 402,606	臺北分區： 11,219,021
北區分區： 6,952,964	北區分區： 116,796	北區分區： 6,836,168
中區分區： 9,800,513	中區分區： 311,595	中區分區： 9,488,918
南區分區： 3,002,176	南區分區： 304,410	南區分區： 2,697,766
高屏分區： 4,330,495	高屏分區： 58,600	高屏分區： 4,271,895
東區分區： 662,032	東區分區： 24,000	東區分區： 638,032
小計： 36,369,807	小計： 1,218,007	小計： 35,151,800

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 35,151,800

第3季： 106年醫令點數(U3)：	105年醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
臺北分區： 17,922,156	臺北分區： 642,882	臺北分區： 17,279,274
北區分區： 11,417,385	北區分區： 163,582	北區分區： 11,253,803
中區分區： 13,852,394	中區分區： 488,732	中區分區： 13,363,662
南區分區： 6,151,824	南區分區： 433,841	南區分區： 5,717,983
高屏分區： 9,665,899	高屏分區： 84,080	高屏分區： 9,581,819
東區分區： 900,843	東區分區： 31,200	東區分區： 869,643
小計： 59,910,501	小計： 1,844,317	小計： 58,066,184

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 58,066,184

第4季：	106年醫令點數(U4)：	105年醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
臺北分區：	0	臺北分區：	0
北區分區：	0	北區分區：	0
中區分區：	0	中區分區：	0
南區分區：	0	南區分區：	0
高屏分區：	0	高屏分區：	0
東區分區：	0	東區分區：	0
小 計：	0	小 計：	0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全 年：	106年醫令點數(U5)：	105年醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=U5-V5)：
臺北分區：	29,543,783	臺北分區：	1,045,488
北區分區：	18,370,349	北區分區：	280,378
中區分區：	23,652,907	中區分區：	800,327
南區分區：	9,154,000	南區分區：	738,251
高屏分區：	13,996,394	高屏分區：	142,680
東區分區：	1,562,875	東區分區：	55,200
小 計：	96,280,308	小 計：	3,062,324

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 93,217,984

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 156,782,016

註：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。

三、一般服務費用總額(不含門診透析)(D)

(一)106年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 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
季別	106Q3	106Q3	101Q3	102Q3	103Q3	104Q3	106Q3	106Q3	101Q3	102Q3	103Q3	104Q3	106Q3
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.36614	0.32245	0.31768	0.32070	0.32565	0.32577	0.36177	0.90531	0.88952	0.90250	0.91172	0.91750	0.32713
北區分區	0.15263	0.15432	0.15241	0.15400	0.15380	0.15705	0.15280	1.08263	1.08460	1.07218	1.08864	1.08509	0.16523
中區分區	0.17887	0.18755	0.18907	0.18876	0.18723	0.18512	0.17974	1.04106	1.04723	1.03488	1.04264	1.03949	0.18690
南區分區	0.13594	0.14575	0.14801	0.14562	0.14437	0.14501	0.13692	1.03835	1.05713	1.05789	1.02209	1.01627	0.14200
高屏分區	0.14495	0.16211	0.16453	0.16358	0.16096	0.15935	0.14667	1.08535	1.09731	1.08830	1.07850	1.07730	0.15900
東區分區	0.02147	0.02782	0.02830	0.02734	0.02799	0.02770	0.02210	0.89393	0.89558	0.89099	0.89828	0.89087	0.01974
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)106年第3季提撥臺北、中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	=	26,567,654,198 × (66% × 0.32713(R) + 34% × 0.32914(S))	=	8,709,233,053
北區分區一般服務預算總額	=	26,567,654,198 × (66% × 0.16523(R) + 34% × 0.12503(S))	=	4,026,646,806
中區分區一般服務預算總額	=	26,567,654,198 × (66% × 0.18690(R) + 34% × 0.18840(S))	=	4,979,044,073
南區分區一般服務預算總額	=	26,567,654,198 × (66% × 0.14200(R) + 34% × 0.16461(S))	=	3,976,843,081
高屏分區一般服務預算總額	=	26,567,654,198 × (66% × 0.15900(R) + 34% × 0.16734(S))	=	4,299,592,258
東區分區一般服務預算總額	=	26,567,654,198 × (66% × 0.01974(R) + 34% × 0.02548(S))	=	576,294,927

總計

26,567,654,198

(三)106年第3季提撥臺北、中區、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	106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	106年各季預算占率	106年各季提撥臺北預算	106年各季提撥中區預算	106年各季提撥東區預算	105年東區各季調整後預算	106年東區各季調整後預算	提撥後扣除臺北、中區、東區後五分區一般服務醫療給付費用
季別	(D)	(C)	(W1) =4億×C	(W2) =2億×C	(W3) =8,000萬×C	(H1)	(H2) =H1+W3	(D1) =D-W1-W2-H2
第1季	27,084,263,336	0.24808055	99,232,220	49,616,110	19,846,444	591,905,186	611,751,630	26,323,663,376
第2季	27,196,802,164	0.24911136	99,644,544	49,822,272	19,928,909	604,011,545	623,940,454	26,423,394,894
第3季	26,567,654,198	0.24334863	97,339,452	48,669,726	19,467,890	577,771,397	597,239,287	25,824,405,733
第4季	28,326,558,896	0.25945946	103,783,784	51,891,892	20,756,757	605,826,098	626,582,855	27,544,300,365
合 計	109,175,278,594	1.00000000	400,000,000	200,000,000	80,000,000	2,379,514,226	2,459,514,226	106,115,764,368

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、中區、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	0.32713	0.33372	0.32914	0.33775	8,653,505,282
北區	0.16523	0.16856	0.12503	0.12830	3,999,467,035
中區	0.18690	0.19066	0.18840	0.19333	4,947,124,593
南區	0.14200	0.14486	0.16461	0.16891	3,952,089,580
高屏	0.15900	0.16220	0.16734	0.17171	4,272,219,243
東區	0.01974		0.02548		597,239,287
合 計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	26,421,645,020

(四)調整成長率及移撥款後五分區一般服務預算總額：

五分區成長率不得低於3.37%。

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. 五分區一般服務預算總額第1次調整預算

分區	105年第3季 分區預算	106年第3季 提撥臺北、 中區及東區後 分區原預算	各分區預算 原成長率	成長率下限	預訂第1次 調整後 成長率	預訂第1次 調整後 分區預算	預訂第1次 調整後低於 下限之額度
	A	BD1	GR=BD1/A-1	GL=3.37%	G1	J1=A×(1+G1)	L1=J1-BD1>0
臺北	8,297,451,796	8,653,505,282	4.29%	3.37%	4.29%	8,653,505,282	-
北區	3,815,224,308	3,999,467,035	4.83%	3.37%	4.83%	3,999,467,035	-
中區	4,774,145,887	4,947,124,593	3.62%	3.37%	3.62%	4,947,124,593	-
南區	3,865,559,889	3,952,089,580	2.24%	3.37%	3.37%	3,995,829,257	43,739,677
高屏	4,114,583,671	4,272,219,243	3.83%	3.37%	3.83%	4,272,219,243	-
合計	24,866,965,551	25,824,405,733				25,868,145,410	43,739,677

註：預訂第1次調整後成長率(G1)：

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

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

程式代號：RGBI1608R01

106年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

列印日期：107/02/13

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 16

分區	105年第3季 分區預算	106年第3季 提撥臺北、 中區及東區後 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	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	BD1	S1=L1合計	D1	E1 =D1/加總D1	R1=S1×E1	J2=BD1+L1-R1	G2=J2 /A-1
臺北	8,297,451,796	8,653,505,282		8,653,505,282	0.39563735	17,305,050	8,636,200,232	4.08%
北區	3,815,224,308	3,999,467,035		3,999,467,035	0.18285521	7,998,028	3,991,469,007	4.62%
中區	4,774,145,887	4,947,124,593		4,947,124,593	0.22618202	9,893,128	4,937,231,465	3.42%
南區	3,865,559,889	3,952,089,580		-	-	-	3,995,829,257	3.37%
高屏	4,114,583,671	4,272,219,243		4,272,219,243	0.19532542	8,543,471	4,263,675,772	3.62%
合計	24,866,965,551	25,824,405,733	43,739,677	21,872,316,153	1.00000000	43,739,677	25,824,405,733	

分區	調整成長率 後分區一般 服務算	臺北、中區 移撥款	調整移撥款 後五分區一般 服務預算總額
	J2	W	BD2=J2+W
臺北	8,636,200,232	97,339,452	8,733,539,684
北區	3,991,469,007	0	3,991,469,007
中區	4,937,231,465	48,669,726	4,985,901,191
南區	3,995,829,257	0	3,995,829,257
高屏	4,263,675,772	0	4,263,675,772
合計	25,824,405,733	146,009,178	25,970,414,911

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. 106年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：
 - (1) 106年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥4億元予臺北區，提撥2億元予中區，提撥8000萬元予東區，依106年一般服務費用4季占率分季提撥。106年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以105年東區各季預算為基期，另加前開該區各季移撥款。
 - (2) 106年西醫基層總額五分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) 106年西醫基層總額五分區一般服務費用預算提撥臺北區及中區款項後，五分區（不含東區）依公式計算，五分區成長率不得低於3.37%（註： $3.963\% \times (1-15\%) = 3.37\%$ ）。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
 - (4) 106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，臺北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。
 - (5) 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。
3. R值、SMR及TRANS則以101-104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. 106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，臺北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。

(五)調整查處追扣金額及強化基層照護能力開放表別實際影響金額後分區一般服務預算總額：

104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106年六分區地區預算分配扣除項目。

106年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—2,004,462元；北區分區—1,906,201元；中區分區—1,370,612元；南區分區—5,990,800元；高屏分區—2,887,252元；東區分區—9,226元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 104年各季預算占率(Ra)		0.24803713	0.24913023	0.24322656	0.25960608	1
		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
2. 調整移撥款後分區一般服務預算總額(BD2)	臺北分區	8,873,714,133	8,942,422,549	8,733,539,684	0	26,549,676,366
	北區分區	4,039,784,907	4,097,643,585	3,991,469,007	0	12,128,897,499
	中區分區	5,174,428,237	5,131,469,935	4,985,901,191	0	15,291,799,363
	南區分區	4,083,709,909	4,109,024,167	3,995,829,257	0	12,188,563,333
	高屏分區	4,300,874,520	4,292,301,474	4,263,675,772	0	12,856,851,766
	東區分區	611,751,630	623,940,454	597,239,287	0	1,832,931,371
	小計	27,084,263,336	27,196,802,164	26,567,654,198	0	80,848,719,698
		(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	497,181	499,372	487,538	520,371	2,004,462
(BK)=各分區(應減列金額K)×104年	北區分區	472,809	474,892	463,639	494,861	1,906,201
各季預算占率(Ra)	中區分區	339,963	341,461	333,369	355,819	1,370,612
	南區分區	1,485,941	1,492,489	1,457,122	1,555,248	5,990,800
	高屏分區	716,146	719,302	702,256	749,548	2,887,252
	東區分區	2,288	2,298	2,244	2,396	9,226
	小計(KS)	3,514,328	3,529,814	3,446,168	3,678,243	14,168,553
4. 104年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32231742	0.32393426	0.32310687	0.32475322	
	北區分區	0.14827239	0.14993527	0.15003545	0.15015626	
	中區分區	0.19140835	0.18819617	0.18732679	0.18652834	
	南區分區	0.15370804	0.15398220	0.15337498	0.15275937	
	高屏分區	0.16126529	0.16054462	0.16323710	0.16330081	
	東區分區	0.02302851	0.02340748	0.02291881	0.02250200	
	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：RGBI1608R01

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：107/02/13

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 19

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	臺北分區	1,132,729	1,143,428	1,113,481	1,194,521	4,584,159
(BL)=加總各分區各季應減列金額	北區分區	521,078	529,244	517,047	552,311	2,119,680
(KS)×104年各分區預算占率(Ba)	中區分區	672,672	664,297	645,560	686,097	2,668,626
	南區分區	540,180	543,529	528,556	561,886	2,174,151
	高屏分區	566,739	566,693	562,542	600,660	2,296,634
	東區分區	80,930	82,623	78,982	82,768	325,303
	小計	3,514,328	3,529,814	3,446,168	3,678,243	14,168,553
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD3)=BD2-BK+BL	(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)	
	臺北分區	8,874,349,681	8,943,066,605	8,734,165,627	0	26,551,581,913
	北區分區	4,039,833,176	4,097,697,937	3,991,522,415	0	12,129,053,528
	中區分區	5,174,760,946	5,131,792,771	4,986,213,382	0	15,292,767,099
	南區分區	4,082,764,148	4,108,075,207	3,994,900,691	0	12,185,740,046
	高屏分區	4,300,725,113	4,292,148,865	4,263,536,058	0	12,856,410,036
	東區分區	611,830,272	624,020,779	597,316,025	0	1,833,167,076
	小計	27,084,263,336	27,196,802,164	26,567,654,198	0	80,848,719,698
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)(說明3)	臺北分區	0	11,219,021	17,279,274	0	28,498,295
	北區分區	0	6,836,168	11,253,803	0	18,089,971
	中區分區	0	9,488,918	13,363,662	0	22,852,580
	南區分區	0	2,697,766	5,717,983	0	8,415,749
	高屏分區	0	4,271,895	9,581,819	0	13,853,714
	東區分區	0	638,032	869,643	0	1,507,675
	小計	0	35,151,800	58,066,184	0	93,217,984

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
8. 調整強化基層照護能力開放表別後	臺北分區	8,874,349,681	8,954,285,626	8,751,444,901	0	26,580,080,208
分區一般服務預算總額	北區分區	4,039,833,176	4,104,534,105	4,002,776,218	0	12,147,143,499
(BD4)=BD3+BW	中區分區	5,174,760,946	5,141,281,689	4,999,577,044	0	15,315,619,679
	南區分區	4,082,764,148	4,110,772,973	4,000,618,674	0	12,194,155,795
	高屏分區	4,300,725,113	4,296,420,760	4,273,117,877	0	12,870,263,750
	東區分區	611,830,272	624,658,811	598,185,668	0	1,834,674,751
	小計	27,084,263,336	27,231,953,964	26,625,720,382	0	80,941,937,682

註：

- 依據106年3月23日西醫基層總額研商議事會議106第1次會議紀錄暨中華民國醫師公會全國聯合會106年1月4日全醫聯字第1060000010號函所送「106年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」辦理。
- 104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106年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：
 - 106年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
臺北—2,004,462元。北區—1,906,201元。中區—1,370,612元。南區—5,990,800元。高屏—2,887,252元。東區—9,226元。
 - 106年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依104年四季預算占率計算。
 - 106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104年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至106年六分區各該季費用預算。
- 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」乙項專款預算為2.5億元，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。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。

程式代號：RGBI1608R01

106年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

列印日期：107/02/13

頁 次： 21

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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	5,713,195,696(BF)	0.87921005	-----	1,968,204,744	5,712,534
	2-北區分區	489,733,094	0.87921005	430,578,258	173,426,940	
	3-中區分區	326,770,669	0.87921005	287,300,056	116,044,565	
	4-南區分區	208,081,860	0.87921005	182,947,663	80,941,983	
	5-高屏分區	258,147,718	0.87921005	226,966,068	95,255,881	
	6-東區分區	37,647,214	0.87921005	33,099,809	18,428,226	
	7-合計	7,033,576,251(GF)		1,160,891,854(AF)	2,452,302,339(BG)	5,712,534(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	327,722,177	0.95511272	313,011,620	113,878,996	
	2-北區分區	2,434,053,690(BF)	0.95511272	-----	924,845,598	3,277,458
	3-中區分區	136,806,671	0.95511272	130,665,792	51,076,465	
	4-南區分區	79,927,078	0.95511272	76,339,369	29,478,049	
	5-高屏分區	52,021,689	0.95511272	49,686,577	20,381,110	
	6-東區分區	8,933,946	0.95511272	8,532,925	4,667,692	
	7-合計	3,039,465,251(GF)		578,236,283(AF)	1,144,327,910(BG)	3,277,458(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	108,603,333	0.94753231	102,905,167	37,798,662	
	2-北區分區	66,323,594	0.94753231	62,843,748	24,844,641	
	3-中區分區	3,533,007,365(BF)	0.94753231	-----	1,380,862,384	3,138,166
	4-南區分區	82,574,501	0.94753231	78,242,008	32,328,767	
	5-高屏分區	47,483,192	0.94753231	44,991,859	18,441,835	
	6-東區分區	5,881,519	0.94753231	5,572,929	3,198,731	
	7-合計	3,843,873,504(GF)		294,555,711(AF)	1,497,475,020(BG)	3,138,166(BJ)

程式代號：RGBI1608R01

106年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層非門診透析醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

列印日期：107/02/13

頁 次： 22

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	113,303,755	0.99106621	112,291,523	41,607,345	
	2-北區分區	46,027,958	0.99106621	45,616,754	17,226,024	
	3-中區分區	100,883,927	0.99106621	99,982,651	40,138,439	
	4-南區分區	2,561,058,444(BF)	0.99106621	-----	1,054,273,404	1,512,840
	5-高屏分區	122,447,241	0.99106621	121,353,323	49,910,478	
	6-東區分區	4,081,615	0.99106621	4,045,151	2,312,091	
	7-合計	2,947,802,940(GF)		383,289,402(AF)	1,205,467,781(BG)	1,512,840(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	66,696,937	0.95132402	63,450,398	23,097,628	
	2-北區分區	32,156,303	0.95132402	30,591,063	11,255,257	
	3-中區分區	51,687,699	0.95132402	49,171,750	20,097,885	
	4-南區分區	118,241,067	0.95132402	112,485,567	47,086,412	
	5-高屏分區	2,872,697,439(BF)	0.95132402	-----	1,209,171,246	1,740,902
	6-東區分區	7,328,566	0.95132402	6,971,841	3,888,099	
	7-合計	3,148,808,011(GF)		262,670,619(AF)	1,314,596,527(BG)	1,740,902(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	24,880,618	1.03507900	25,753,405	10,651,386	
	2-北區分區	12,394,114	1.03507900	12,828,887	4,989,766	
	3-中區分區	9,012,385	1.03507900	9,328,530	4,069,243	
	4-南區分區	8,092,414	1.03507900	8,376,288	2,176,889	
	5-高屏分區	10,415,007	1.03507900	10,780,355	4,297,340	
	6-東區分區	337,098,257(BF)	1.03507900	-----	182,533,324	158,454
	7-合計	401,892,795(GF)		67,067,465(AF)	208,717,948(BG)	158,454(BJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD4)

- + 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34]
- 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)]
- / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [8,751,444,901 + 260,508 - 1,160,891,854 - 2,452,302,339 - 5,712,534] / 5,713,195,696 = 0.89841114
北區分區	= [4,002,776,218 + 3,144,422 - 578,236,283 - 1,144,327,910 - 3,277,458] / 2,434,053,690 = 0.93674145
中區分區	= [4,999,577,044 + 2,013,312 - 294,555,711 - 1,497,475,020 - 3,138,166] / 3,533,007,365 = 0.90756150
南區分區	= [4,000,618,674 + 8,837,198 - 383,289,402 - 1,205,467,781 - 1,512,840] / 2,561,058,444 = 0.94460392
高屏分區	= [4,273,117,877 + 8,711,664 - 262,670,619 - 1,314,596,527 - 1,740,902] / 2,872,697,439 = 0.94086535
東區分區	= [598,185,668 + 18,424,242 - 67,067,465 - 208,717,948 - 158,454] / 337,098,257 = 1.01058382

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(BD4)
- + 當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34
- 核定非浮動點數(BG)
- 自墊核退點數(BJ)]
- / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [26,625,720,382 + 41,391,346 - 7,822,887,525 - 15,540,354] / 20,415,418,752 = 0.92227762

$$\begin{aligned}
 &4. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{分區一般服務預算總額(BD4)} \\
 &\quad + \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34] \\
 &\quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\text{臺北分區} = [8,751,444,901 + 260,508] \div [7,033,576,251 + 2,452,302,339 + 5,712,534] = 0.92204829 \\
 &\text{北區分區} = [4,002,776,218 + 3,144,422] \div [3,039,465,251 + 1,144,327,910 + 3,277,458] = 0.95673587 \\
 &\text{中區分區} = [4,999,577,044 + 2,013,312] \div [3,843,873,504 + 1,497,475,020 + 3,138,166] = 0.93584111 \\
 &\text{南區分區} = [4,000,618,674 + 8,837,198] \div [2,947,802,940 + 1,205,467,781 + 1,512,840] = 0.96502160 \\
 &\text{高屏分區} = [4,273,117,877 + 8,711,664] \div [3,148,808,011 + 1,314,596,527 + 1,740,902] = 0.95894514 \\
 &\text{東區分區} = [598,185,668 + 18,424,242] \div [401,892,795 + 208,717,948 + 158,454] = 1.00956288
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &5. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &= [26,625,720,382 + 41,391,346] \div [20,415,418,752 + 7,822,887,525 + 15,540,354] = 0.94384004
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &6. \text{西醫基層非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{分區一般服務預算總額(BD4)} \\
 &\quad + \text{當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數} \times 34 + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}] \\
 &\quad \div \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數}] \\
 &= [26,625,720,382 + 41,391,346 + 219,154,821 + 50,155,713] \div [20,415,418,752 + 7,822,887,525 + 15,540,354 + 217,431,141] \\
 &= 0.94609109
 \end{aligned}$$

註：專款專用暫結金額 = 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)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 = 219,154,821(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月106/06(含)以前：於106/10/01~106/12/31期間核付者。

費用年月106/07~106/09：於106/07/01~106/12/31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。