

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)114年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (113\text{年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 112\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(113\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}) \times (1+4.267\%) \\
 &= (33,161,357,337 + 86,788,957 + 15,526,063) \times (1+4.267\%) \\
 &= 34,683,033,256(\text{G})
 \end{aligned}$$

(二)114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	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	111年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	112年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	113年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	112年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	113年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)
季別				$= (A1 + B1 + B2) \times (1 + 4.475\%)$		
第1季	31,979,199,054	-276,167,956	37,918,734	33,161,357,337	86,788,957	15,526,063
第2季	32,011,444,630	-347,848,744	37,918,734	33,120,157,399	252,548,606	15,526,063
第3季	31,239,742,627	-292,958,836	37,918,734	32,371,267,963	240,458,404	15,526,063
第4季	33,207,279,185	-207,364,462	37,918,734	34,516,276,504	237,238,856	15,526,061
合 計	128,437,665,496	-1,124,339,998	151,674,936	133,169,059,203	817,034,823	62,104,250

項目	114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)	114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)	114年各季 預算占率 (C)	114年風險 調整移撥款 (F2)	112-114年因應 基層護理人力 需求，提高1- 30人次診察費 (F3)	114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) - (F3)
季別	$= (G0 + B3 + B4) \times (1 + 4.267\%)$	(註4)	$= (G) - (F1)$		$= 6.5\text{億} \times (C)$ (註6)		
第1季	34,683,033,256	26,100,987	34,656,932,269	0.24814716	161,295.654	494,475,000	34,001,161,615
第2季	34,812,907,930	26,209,474	34,786,698,456	0.24907629	161,899.589	494,475,000	34,130,323,867
第3季	34,019,457,291	25,603,157	33,993,854,134	0.24339945	158,209.643	494,475,000	33,341,169,491
第4季	36,252,636,419	27,298,243	36,225,338,176	0.25937710	168,595.114	494,475,000	35,562,268,062
合 計	139,768,034,896	105,211,861	139,662,823,035	1.00000000	650,000.000	1,977,900,000	137,034,923,035

=====

註：

1. 113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)
＝(112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+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(B2)) $\times$ (1+4.475%)。
2. 114年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)
＝(113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+112年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+113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)) $\times$ (1+4.267%)。
※一般服務成長率為4.267%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.746%，協商因素成長率0.521%。
3. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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113年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會113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。
※114年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)62,104,250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) $\times$ 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。
※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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114年度之品質保證保留款(128.4百萬元)合併運用(計233.6百萬元)。
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。
6. 風險調整移撥款(F2)：依據114年3月6日西醫基層總額研商議事會議114年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6.5億元。用於撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，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」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。
※114年各季預算占率(C)：依114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)114年第1季門診透析服務預算

$$= (113\text{年第1季西醫基層門診透析服務預算}) \times (1+3.090\%)$$

$$= (5,194,967,110) \times (1+3.090\%)$$

$$= 5,355,491,594$$

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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及居家血液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：

臺北分區：	3,326,960
北區分區：	1,102,360
中區分區：	1,208,200
南區分區：	1,278,480
高屏分區：	450,520
東區分區：	0
小計：	7,366,520

第2季已結算金額：

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

第3季已結算金額：

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

第4季已結算金額：

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

全年已結算金額：

臺北分區：	3,326,960
北區分區：	1,102,360
中區分區：	1,208,200
南區分區：	1,278,480
高屏分區：	450,520
東區分區：	0
小計：	7,366,520

=====

(五)「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」

(提升基層護理人員照護品質獎勵方案，114年、113年及112年同預算(基期)。由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應。)

全年預算＝ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＝ 1,977,900,000

第1季預算＝(659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000)/4＝ 494,475,000

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0 (BS)

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝ 494,475,000

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 494,475,000＝ 988,950,000

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0 (BS)

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝ 988,950,000

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 988,950,000＝ 1,483,425,000

已支用點數：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小 計： 0 (BS)

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝ 1,483,425,000

=====

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 1,483,425,000＝ 1,977,900,000

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

已支用點數：

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

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝ 1,977,900,000

二、提升護理照護品質獎勵金

已支用點數：

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

暫結金額＝ 0

未支用金額＝前項未支用金額－暫結金額＝ 1,977,900,000

三、合計

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小計：	0 (BS)

暫結金額＝ 0

未支用金額＝第4季預算－合計暫結金額＝ 1,977,900,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

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：114/08/25

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01－114/03

核付截止日期:114/06/30

頁次：6

=====

全年合計:預算＝ 659,300,000＋ 659,300,000＋ 659,300,000＝ 1,977,900,000

已支用點數：

臺北分區：0

北區分區：0

中區分區：0

南區分區：0

高屏分區：0

東區分區：0

小計：0

已暫結金額＝ 0

未支用金額＝全年預算－已暫結金額＝ 1,977,900,000－ 0＝ 1,977,900,000

二、專款項目費用

(一)暫時性支付(新藥、新特材)(114年新增項目) 全年預算＝ 58,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數(XI)			
門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0
門診第2季已支用點數：	0	住診第2季已支用點數：	0
門診第3季已支用點數：	0	住診第3季已支用點數：	0
門診第4季已支用點數：	0	住診第4季已支用點數：	0
門診全年已支用點數：	0	住診全年已支用點數：	0
門住診合計第1季已支用點數：			
門住診合計第2季已支用點數：			
門住診合計第3季已支用點數：			
門住診合計第4季已支用點數：			
門住診合計全年已支用點數：			
2. 藥品給付協議(YI)			
門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0
門診全年金額：	0	住診全年金額：	0
門住診合計第1季金額：			
門住診合計第2季金額：			
門住診合計第3季金額：			
門住診合計第4季金額：			
門住診合計全年金額：			
3. 實際已支用金額(TI=XI－YI)			
門診第1季已支用金額：	0	住診第1季已支用金額：	0
門診第2季已支用金額：	0	住診第2季已支用金額：	0
門診第3季已支用金額：	0	住診第3季已支用金額：	0
門診第4季已支用金額：	0	住診第4季已支用金額：	0
門診全年已支用金額：	0	住診全年已支用金額：	0
門住診合計第1季已支用金額：			
門住診合計第2季已支用金額：			
門住診合計第3季已支用金額：			
門住診合計第4季已支用金額：			
門住診合計全年已支用金額：			

暫結金額＝1元/點×已支用點數

＝0

未支用金額＝全年預算－(暫結金額－全年藥品給付協議)

＝58,000,000

註：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。

(二)提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款項目)		全年預算＝ 3,574,800,000	
第1季			
預算＝ 3,574,800,000 ×30% ＝ 1,072,440,000			
已支用點數： 781,747,375			
暫結金額	＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額	＝第1季預算 － 暫結金額
	＝ 781,747,375		＝ 290,692,625
第2季			
預算＝ 當季預算 ＋ 前一季未支用金額 ＝ 3,574,800,000 ×25% ＋ 290,692,625 ＝ 1,184,392,625			
已支用點數： 0			
暫結金額	＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額	＝第2季預算 － 暫結金額
	＝ 0		＝ 1,184,392,625
第3季			
預算＝ 當季預算 ＋ 前一季未支用金額 ＝ 3,574,800,000 ×25% ＋ 1,184,392,625 ＝ 2,078,092,625			
已支用點數： 0			
暫結金額	＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額	＝第3季預算 － 暫結金額
	＝ 0		＝ 2,078,092,625
第4季			
預算＝ 當季預算 ＋ 前一季未支用金額 ＝ 3,574,800,000 ×20% ＋ 2,078,092,625 ＝ 2,793,052,625			
已支用點數： 0			
暫結金額	＝ 1元/點×已支用點數	未支用金額	＝第4季預算 － 暫結金額
	＝ 0		＝ 2,793,052,625
全年合計			
全年預算＝ 3,574,800,000			
已支用點數＝ 781,747,375			
暫結金額	＝ 781,747,375 ＋ 0 ＋ 0 ＋ 0	＝ 781,747,375	
未支用金額	＝ 3,574,800,000 － 781,747,375 ＝ 2,793,052,625		

註：依據114年8月7日健保醫字第1140116953號公告114年度西醫基層總額「114年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」略以：

一. 四季預算：分別以全年預算之30%、25%、25%、20%進行分配。

二. 結算方式：每點支付金額不高於1元。

1. 當季預算預估若有結餘則留用至下季。

2. 當季預算預估若不足：

(1)非C1論病例計酬案件以各季各分區一般服務浮動點值計算。

(2)C1論病例計酬案件：

A. 東區每點1元。

B. 其餘分區按醫師歸戶申報件數計算點值：1-120件每點1元，超過120件以下列分階段方式計算點值，
並視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點1元。

I 第1階段：121件-150件(含)，以每點0.8元暫付。

II 第2階段：151件-240件(含)，以每點0.5元暫付。

III 第3階段：241件以上，以每點0.2元暫付。

C. 若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值至每點1元。

三. 提升照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，依診所達成「品質指標」之件數占率核發年度獎勵金，且核發總獎勵金不高於本預算2%。

=====

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝ 423,900,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季：

預算＝423,900,000/4＝ 105,975,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1：	點數	72,357	收入	1,769,890 (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	21,473,000 (J3)
---------------------	--	--	-------	-----------------

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4：			已支用點數	5,109,588 (J4)
---------------------	--	--	-------	----------------

(3)醫缺地區診所點值補助差額J5：	如補至每點1元所需之點值補助差額	26,585,966 (J9)	點值補助差額	26,585,966 (J5)
--------------------	------------------	-----------------	--------	-----------------

(4)例假日診察費加成點數J6：			已支用點數	8,656,938 (J6)
------------------	--	--	-------	----------------

(5)診察費及診療費點值補助差額J7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	908,013 (J8)	點值補助差額	908,013 (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＝ 63,595,382

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＝ 42,379,618

診察費及診療費點值補助差額(J7)＝ 908,013

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)＝ 64,503,395

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 41,471,605

第2季：

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝423,900,000/4+ 41,471,605＝ 147,446,605

(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)醫缺地區診所點值補助差額K5：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (K9)	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補助差額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＝ 147,446,605

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

＝ 147,446,605

第3季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝423,900,000/4+147,446,605＝ 253,421,605

(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)醫缺地區診所點值補助差額L5：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L9)	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補助差額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＝ 253,421,605

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

＝ 253,421,605

第4季:

預算＝當季預算+前一季未支用金額＝423,900,000/4+253,421,605＝ 359,396,605

(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)醫缺地區診所點值補助差額M5：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M9)	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補助差額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＝ 359,396,605

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

＝ 359,396,605

=====

合計：

全年預算=423,900,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：點數 72,357 收入 1,769,890 (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 21,473,000 (N3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：已支用點數 5,109,588 (N4)

(3)醫缺地區診所點值差額N5：點值補助差額 26,585,966 (N5)

(4)例假日診察費加成點數N6：已支用點數 8,656,938 (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 908,013 (N8) 點值補助差額 908,013 (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= 63,595,382

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

=360,304,618

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 908,013

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)= 64,503,395

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)

= 64,503,395+ 0+ 0+ 0= 64,503,395

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 359,396,605

註:依據衛生福利部114年2月7日健保醫字第1140101693號公告「114年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（不含巡迴計畫之「論次計酬」、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(四)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算＝ 4,648,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

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

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：	2,800	
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	
全 年已支用點數：	2,800	
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝		2,800

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. 糖心腎症候群整合照護提升費

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. 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

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

7. 生活習慣自評獎勵費

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

8. 合計

第1季已支用點數：2,800
 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
 全年已支用點數：2,800

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 2,800

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 4,647,997,200

註：依據114年5月2日健保醫字第1140109421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」、「糖心腎症候群整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」、「多重慢性病人門診整合費用」、「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵費」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

[補充]:

113年家庭醫師整合性照護計畫

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數：0
第2季已支用點數：659,780,851
第3季已支用點數：-349,208
第4季已支用點數：694,779,847
全年已支用點數：1,354,211,490
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,354,211,490
已結算金額 = 1,354,211,490

2. 績效獎勵費用

結算年113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114年已支用點數：2,326,730,188
合計已支用點數 = 2,326,730,188
已結算金額 = 2,326,730,188

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：5,000 結算金額：4,971
第2季：已支用點數：32,300 結算金額：32,113
第3季：已支用點數：32,500 結算金額：32,309
第4季：已支用點數：36,600 結算金額：36,385
全年：已支用點數：106,400 結算金額：105,778
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 106,400
已結算金額 = 105,778

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年113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114年已支用點數：	478,259,468
合計已支用點數 =	478,259,468
已結算金額 =	478,259,468

5. DM/CKD整合照護提升費

結算年114年已支用點數：	88,693,140
合計已支用點數 =	88,693,140
已結算金額 =	88,693,140

6. 合計：

結算年113年第1季已支用點數：	4,971
第2季已支用點數：	659,812,964
第3季已支用點數：	-316,899
第4季已支用點數：	694,816,232
全年已支用點數：	1,354,317,268
結算年114年已支用點數：	2,893,682,796

113年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 4,248,000,064

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 4,248,000,000 - 4,248,000,064 = -64

- 註：1. 依據113年4月17日健保醫字第1130107418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) / (其餘績效獎勵費用 + 失智症門診照護家庭諮詢費用 + 多重慢性病人門診整合費用) = 0.99416757
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用已結算金額計算。

(五)C型肝炎藥費
 全年預算＝462,000,000(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：	4,440	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	4,440
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：	4,440	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	4,440
2. 全口服C肝新藥					
門診第1季已支用點數：	101,594,360	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	101,594,360
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：	101,594,360	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	101,594,360

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	101,598,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	101,598,800
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：	101,598,800	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	101,598,800

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	32,175,029	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	32,175,029
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：	32,175,029	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	32,175,029

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	69,423,771	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	69,423,771
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：	69,423,771	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	69,423,771

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)
= 101,598,800	= 462,000,000 - (101,598,800 - 32,175,029)
	= 462,000,000 - 69,423,771
	= 392,576,229

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

=====

(六)醫療給付改善方案 全年預算＝ 906,100,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 12,510,600

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＝ 12,510,600

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： 102,404,320

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＝ 102,404,320

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 57,458,400

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＝ 57,458,400

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： 159,862,720

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＝ 159,862,720

3. 思覺失調症

第1季已支用點數：	242,742
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 =	242,742

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：	4,008,500
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 =	4,008,500

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數：	1,482,600
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 =	1,482,600

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：	111,000
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 =	111,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：	281,600
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 =	281,600

=====

8. 推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫 全年預算＝ 6,000,000元

8.1 生物相似性藥品 全年預算＝ 3,000,000元

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

8.2 學名藥 全年預算＝ 3,000,000元

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

8.9 合計

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

- 註：1. 依據本署114年7月25日健保審字第1140116185號修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，生物相似藥品自113年7月1日起試辦，學名藥自114年8月1日起試辦。
2. 預算來源：處方開立獎勵費：114年預算分別由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列4,700 萬元、西醫基層總額部門編列300 萬元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

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：114/08/25

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁次：22

9. 合計

第1季已支用點數：178,499,762

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 = 178,499,762

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 727,600,238

=====

(七)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算＝ 1,720,000,000

第1季： 114年醫令點數(U1)：

臺北分區： 89,524,871

北區分區： 54,021,085

中區分區： 71,710,933

南區分區： 49,020,903

高屏分區： 43,360,727

東區分區： 3,925,548

小計： 311,564,067

基期醫令點數(V1)：

臺北分區： 2,422,191

北區分區： 226,208

中區分區： 2,675,899

南區分區： 1,308,607

高屏分區： 88,032

東區分區： 32,576

小計： 6,753,513

已支用點數(BW_q1=U1-V1)：

臺北分區： 87,102,680

北區分區： 53,794,877

中區分區： 69,035,034

南區分區： 47,712,296

高屏分區： 43,272,695

東區分區： 3,892,972

小計： 304,810,554

暫結金額 =1元/點×已支用點數 = 304,810,554

第2季： 114年醫令點數(U2)：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小計： 0

基期醫令點數(V2)：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小計： 0

已支用點數(BW_q2=U2-V2)：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小計： 0

暫結金額 =1元/點×已支用點數 = 0

第3季： 114年醫令點數(U3)：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小計： 0

基期醫令點數(V3)：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小計： 0

已支用點數(BW_q3=U3-V3)：

臺北分區： 0

北區分區： 0

中區分區： 0

南區分區： 0

高屏分區： 0

東區分區： 0

小計： 0

暫結金額 =1元/點×已支用點數 = 0

第4季：	114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：	114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：89,524,871	臺北分區：2,422,191	臺北分區：87,102,680
	北區分區：54,021,085	北區分區：226,208	北區分區：53,794,877
	中區分區：71,710,933	中區分區：2,675,899	中區分區：69,035,034
	南區分區：49,020,903	南區分區：1,308,607	南區分區：47,712,296
	高屏分區：43,360,727	高屏分區：88,032	高屏分區：43,272,695
	東區分區：3,925,548	東區分區：32,576	東區分區：3,892,972
	小計：311,564,067	小計：6,753,513	小計：304,810,554

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 304,810,554
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,415,189,446

註：

1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

=====

(八)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： 38,759,000

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 38,759,000

未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 25,741,000

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 25,741,000＝ 90,241,000

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
＝ 90,241,000

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 90,241,000＝154,741,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝ 154,741,000

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 154,741,000＝219,241,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額
＝ 219,241,000

全年合計:

全年預算＝258,000,000

已支用點數： 38,759,000

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 38,759,000＋ 0＋ 0＋ 0＝ 38,759,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－ 38,759,000＝ 219,241,000

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

=====

(九)基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫 全年預算＝ 50,000,000

第1季

預算＝ 50,000,000 / 4＝ 12,500,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 12,500,000

第2季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 12,500,000＝ 25,000,000

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
＝ 25,000,000

第3季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 25,000,000＝ 37,500,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額
＝ 37,500,000

第4季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 37,500,000＝ 50,000,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額
＝ 50,000,000

全年合計

全年預算＝ 50,000,000

已支用點數： 0

暫結金額＝ 0＋ 0＋ 0＝ 0

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「全民健康保險基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」，本方案預算按季均分，採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十)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：	430,363	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	430,363
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：	430,363	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	430,363

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：	430,363	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	430,363
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：	430,363	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	430,363

暫結金額 = 1元/點x已支用點數—藥品給付協議
= 430,363 — 0
= 430,363

程式代號：rgbi3408r03

114年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
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:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

列印日期：114/08/25

頁 次： 28

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

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

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	430,363	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	430,363
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：	430,363	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	430,363

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：	430,363	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	430,363
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：	430,363	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	430,363

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)
= 430,363	= 30,000,000 - (430,363 - 0)
	= 30,000,000 - 430,363
	= 29,569,637

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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)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：	2,792,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	2,792,000
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：	2,792,000	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	2,792,000

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：	2,792,000	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	2,792,000
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：	2,792,000	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	2,792,000

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 2,792,000

未支用金額 = 全年預算 — (暫結金額 — 全年藥品給付協議)
= 30,000,000 — (2,792,000 — 0)
= 30,000,000 — 2,792,000
= 27,208,000

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

(十二)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：	370,975
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：	370,975
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	
= 370,975	

2. 血友病

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	
= 0	

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數：	43,350
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：	43,350
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	
= 43,350	

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)：	414,325
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：	414,325

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
= 414,325		= 10,585,675

註：衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。

=====

(十三)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114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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＝ 10,000,000

第1季

預算＝	10,000,000 / 4＝	2,500,000
已支用點數：	748,300	
暫結金額＝	1元/點×已支用點數	
	＝ 748,300	
未支用金額＝	第1季預算－暫結金額	
	＝ 1,751,700	

第2季

預算＝	當季預算＋前一季未支用金額＝	10,000,000 / 4＋	1,751,700＝	4,251,700
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			
	＝ 4,251,700			

=====

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 4,251,700 = 6,751,700

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
= 6,751,700

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000 / 4 + 6,751,700 = 9,251,700

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
= 9,251,700

全年合計

全年預算 = 10,000,000

已支用點數 = 748,300

暫結金額 = 748,300 + 0 + 0 + 0 = 748,300

未支用金額 = 10,000,000 - 748,300 = 9,251,700

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：	14,218,896	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,218,896
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：	14,218,896	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,218,896

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

=====

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	14,218,896	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	14,218,896
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：	14,218,896	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	14,218,896

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)
= 14,218,896	= 100,000,000	— (14,218,896	— 0)
	= 100,000,000	— 14,218,896	
	= 85,781,104		

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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)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＋114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%)＋128,400,000
＝(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%＋128,400,000
＝ 26,100,987＋ 26,209,474＋ 25,603,157＋ 27,298,243＋128,400,000
＝233,611,861

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.106年編列之品質保證保留款預算	26,100,987	26,209,474	25,603,157	27,298,243	105,211,861
2.114年編列之品質保證保留款預算	32,100,000	32,100,000	32,100,000	32,100,000	128,400,000
3.合計	58,200,987	58,309,474	57,703,157	59,398,243	233,611,861

※衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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114年度之品質保證保留款(128.4百萬元)合併運用(計233.6百萬元)。
※為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

(十七)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)	131,826,052	131,826,052	131,826,052
(4)合計	131,826,052	131,826,052	131,826,052

暫結金額(JA+JB+JC)＝ 0＋ 0＋131,826,052＝131,826,052

結算金額＝131,826,052

未支用金額＝第1季原預算－結算金額＝200,000,000－131,826,052＝68,173,948

第2季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 800,000,000/4 + 68,173,948 = 268,173,948

	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 = 268,173,948 - 0 = 268,173,948

第3季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 800,000,000/4 + 268,173,948 = 468,173,948

	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

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額＝第3季原預算－結算金額 = 468,173,948 - 0 = 468,173,948

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 800,000,000/4 + 468,173,948 = 668,173,948

	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

暫結金額(MA+MB+MC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額＝第4季原預算－結算金額 = 668,173,948 - 0 = 668,173,948

全年合計：

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)	131,826,052	131,826,052	131,826,052
(4)合計	131,826,052	131,826,052	131,826,052

暫結金額(NA+NB+NC)＝ 0 + 0 + 131,826,052＝ 131,826,052

「基層總額轉診型態調整費用」若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，結算金額為各季預算

結算金額＝ 131,826,052 + 0 + 0 + 0＝ 131,826,052

未支用金額＝全年預算－結算金額＝ 800,000,000 - 131,826,052＝ 668,173,948

註：

- 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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)」。
- 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)114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

	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 權重	114Q1	114Q1	109Q1 25%	110Q1 25%	111Q1 25%	112Q1 25%	114Q1	114Q1	109Q1 25%	110Q1 25%	111Q1 25%	112Q1 25%	114Q1
臺北分區	0.37102	0.33234	0.33159	0.33314	0.32778	0.33683	0.36715	0.92778	0.93158	0.92101	0.93438	0.92413	0.34025
北區分區	0.16131	0.16354	0.15975	0.16280	0.16455	0.16706	0.16153	1.06014	1.06847	1.05520	1.05405	1.06284	0.17105
中區分區	0.17846	0.18534	0.18573	0.18565	0.18649	0.18350	0.17915	1.03284	1.03208	1.03588	1.02854	1.03487	0.18482
南區分區	0.12886	0.13776	0.13982	0.13775	0.13862	0.13486	0.12975	1.01903	1.00640	1.02699	1.01545	1.02727	0.13207
高屏分區	0.14053	0.15598	0.15681	0.15548	0.15766	0.15396	0.14208	1.08814	1.08214	1.09418	1.08862	1.08760	0.15443
東區分區	0.01982	0.02504	0.02630	0.02518	0.02490	0.02379	0.02034	0.85580	0.86097	0.86888	0.85169	0.84164	0.01738
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)114年第1季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 70% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+30% × 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

= 34,001,161,615 × (70% × 0.34025(R)+ 30% × 0.32324(S))

= 11,395,387,312

北區分區一般服務預算總額

= 34,001,161,615 × (70% × 0.17105(R)+ 30% × 0.12198(S))

= 5,315,367,594

中區分區一般服務預算總額

= 34,001,161,615 × (70% × 0.18482(R)+ 30% × 0.19600(S))

= 6,398,134,586

南區分區一般服務預算總額

= 34,001,161,615 × (70% × 0.13207(R)+ 30% × 0.16783(S))

= 4,855,297,876

高屏分區一般服務預算總額

= 34,001,161,615 × (70% × 0.15443(R)+ 30% × 0.16648(S))

= 5,373,713,587

東區分區一般服務預算總額

= 34,001,161,615 × (70% × 0.01738(R)+ 30% × 0.02447(S))

= 663,260,660

總計34,001,161,615

(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及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

112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114年六分區地區預算分配扣除項目。
114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—427,212元；北區分區—248,663元；中區分區—1,496,856元；南區分區—168,954元；高屏分區—38,259元；東區分區—143,917元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 112年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24902658	0.24927704	0.24326751	0.25842887	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	11,395,387,312	0	0	0	11,395,387,312
	北區分區	5,315,367,594	0	0	0	5,315,367,594
	中區分區	6,398,134,586	0	0	0	6,398,134,586
	南區分區	4,855,297,876	0	0	0	4,855,297,876
	高屏分區	5,373,713,587	0	0	0	5,373,713,587
	東區分區	663,260,660	0	0	0	663,260,660
	小計	34,001,161,615	0	0	0	34,001,161,615
		(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	106,387	106,494	103,927	110,404	427,212
(BK)=各分區(應減列金額K)×112年	北區分區	61,924	61,986	60,492	64,261	248,663
各季預算占率(Ra)	中區分區	372,757	373,132	364,136	386,831	1,496,856
	南區分區	42,074	42,116	41,101	43,663	168,954
	高屏分區	9,528	9,537	9,307	9,887	38,259
	東區分區	35,839	35,875	35,010	37,193	143,917
	小計(KS)	628,509	629,140	613,973	652,239	2,523,861

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
4. 112年各分區預算占率(Ba) (註2)	臺北分區	0.33175148	0.33459488	0.33309780	0.33427518	
	北區分區	0.15545965	0.15620965	0.15683356	0.15703553	
	中區分區	0.18954774	0.18693229	0.18712882	0.18590105	
	南區分區	0.14405276	0.14406426	0.14309553	0.14283186	
	高屏分區	0.15906493	0.15765115	0.15946972	0.16009013	
	東區分區	0.02012344	0.02054777	0.02037457	0.01986625	
	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)×112年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	208,509	210,507	204,513	218,027	841,556
	北區分區	97,708	98,278	96,292	102,425	394,703
	中區分區	119,132	117,607	114,892	121,252	472,883
	南區分區	90,538	90,637	87,857	93,161	362,193
	高屏分區	99,974	99,185	97,910	104,417	401,486
	東區分區	12,648	12,926	12,509	12,957	51,040
	小計	628,509	629,140	613,973	652,239	2,523,861
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	11,395,489,434	0	0	0	11,395,489,434
	北區分區	5,315,403,378	0	0	0	5,315,403,378
	中區分區	6,397,880,961	0	0	0	6,397,880,961
	南區分區	4,855,346,340	0	0	0	4,855,346,340
	高屏分區	5,373,804,033	0	0	0	5,373,804,033
	東區分區	663,237,469	0	0	0	663,237,469
	小計	34,001,161,615	0	0	0	34,001,161,615

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	87,102,680	0	0	0	87,102,680
	北區分區	53,794,877	0	0	0	53,794,877
	中區分區	69,035,034	0	0	0	69,035,034
	南區分區	47,712,296	0	0	0	47,712,296
	高屏分區	43,272,695	0	0	0	43,272,695
	東區分區	3,892,972	0	0	0	3,892,972
	小計	304,810,554	0	0	0	304,810,554
		(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	11,482,592,114	0	0	0	11,482,592,114
	北區分區	5,369,198,255	0	0	0	5,369,198,255
	中區分區	6,466,915,995	0	0	0	6,466,915,995
	南區分區	4,903,058,636	0	0	0	4,903,058,636
	高屏分區	5,417,076,728	0	0	0	5,417,076,728
	東區分區	667,130,441	0	0	0	667,130,441
	小計	34,305,972,169	0	0	0	34,305,972,169
		(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	130,441	0	0	0	130,441
	北區分區	39,783	0	0	0	39,783
	中區分區	86,954	0	0	0	86,954
	南區分區	79,017	0	0	0	79,017
	高屏分區	74,888	0	0	0	74,888
	東區分區	3,242	0	0	0	3,242
	小計	414,325	0	0	0	414,325

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	11,482,722,555	0	0	0	11,482,722,555
	北區分區	5,369,238,038	0	0	0	5,369,238,038
	中區分區	6,467,002,949	0	0	0	6,467,002,949
	南區分區	4,903,137,653	0	0	0	4,903,137,653
	高屏分區	5,417,151,616	0	0	0	5,417,151,616
	東區分區	667,133,683	0	0	0	667,133,683
	小計	34,306,386,494	0	0	0	34,306,386,494
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×JC)(註4)	臺北分區	34,741,124	0	0	0	34,741,124
	北區分區	20,810,342	0	0	0	20,810,342
	中區分區	25,362,210	0	0	0	25,362,210
	南區分區	25,917,943	0	0	0	25,917,943
	高屏分區	23,182,595	0	0	0	23,182,595
	東區分區	1,811,838	0	0	0	1,811,838
	小計	131,826,052	0	0	0	131,826,052
		(BD7_q1)	(BD7_q2)	(BD7_q3)	(BD7_q4)	(加總BD7)
12. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額(BD7)=BD4+BZ	臺北分區	11,517,463,679	0	0	0	11,517,463,679
	北區分區	5,390,048,380	0	0	0	5,390,048,380
	中區分區	6,492,365,159	0	0	0	6,492,365,159
	南區分區	4,929,055,596	0	0	0	4,929,055,596
	高屏分區	5,440,334,211	0	0	0	5,440,334,211
	東區分區	668,945,521	0	0	0	668,945,521
	小計	34,438,212,546	0	0	0	34,438,212,546

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BS_q1)	(BS_q2)	(BS_q3)	(BS_q4)	(加總BS)
13. 各分區「因應基層照護人力需求， 提高1~30人次診察費」 (BT=1元/點×BS)(註5)	臺北分區	0	0	0	0	0
	北區分區	0	0	0	0	0
	中區分區	0	0	0	0	0
	南區分區	0	0	0	0	0
	高屏分區	0	0	0	0	0
	東區分區	0	0	0	0	0
	小計	0	0	0	0	0
		(BD8_q1)	(BD8_q2)	(BD8_q3)	(BD8_q4)	(加總BD8)
14. 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+BT	臺北分區	11,517,463,679	0	0	0	11,517,463,679
	北區分區	5,390,048,380	0	0	0	5,390,048,380
	中區分區	6,492,365,159	0	0	0	6,492,365,159
	南區分區	4,929,055,596	0	0	0	4,929,055,596
	高屏分區	5,440,334,211	0	0	0	5,440,334,211
	東區分區	668,945,521	0	0	0	668,945,521
	小計	34,438,212,546	0	0	0	34,438,212,546

註：

- 114年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據114年3月6日西醫基層總額研商議事會議114年第1次會議決議辦理。112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。
- 112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。
- 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114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。
- 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。
- 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008A號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及114年5月23日健保醫字第1140110926號公告「114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。

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	7,485,620,296(BF)	0.84764192	-----	2,505,108,122	954,567
	2-北區分區	778,788,604	0.84764192	660,133,868	285,121,797	
	3-中區分區	470,288,496	0.84764192	398,636,244	163,698,391	
	4-南區分區	305,399,273	0.84764192	258,869,226	111,934,459	
	5-高屏分區	398,104,209	0.84764192	337,449,816	145,917,872	
	6-東區分區	45,614,048	0.84764192	38,664,379	22,759,179	
	7-合計	9,483,814,926(GF)		1,693,753,533(AF)	3,234,539,820(BG)	954,567(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	465,083,508	0.89647054	416,933,664	156,556,241	
	2-北區分區	3,268,737,373(BF)	0.89647054	-----	1,278,668,416	645,741
	3-中區分區	203,611,398	0.89647054	182,531,620	72,380,783	
	4-南區分區	151,011,198	0.89647054	135,377,090	53,114,897	
	5-高屏分區	91,105,724	0.89647054	81,673,598	34,922,865	
	6-東區分區	11,589,044	0.89647054	10,389,237	6,166,167	
	7-合計	4,191,138,245(GF)		826,905,209(AF)	1,601,809,369(BG)	645,741(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	144,756,288	0.89966740	130,232,513	48,569,625	
	2-北區分區	97,971,891	0.89966740	88,142,116	40,121,036	
	3-中區分區	4,477,439,694(BF)	0.89966740	-----	1,697,815,531	509,363
	4-南區分區	112,145,723	0.89966740	100,893,851	41,356,337	
	5-高屏分區	71,328,666	0.89966740	64,172,075	27,351,693	
	6-東區分區	7,447,584	0.89966740	6,700,349	3,901,498	
	7-合計	4,911,089,846(GF)		390,140,904(AF)	1,859,115,720(BG)	509,363(BJ)

程式代號：rgbi3408r03

114年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
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:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

列印日期：114/08/25

頁次：45

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	130,132,633	0.94877850	123,467,044	46,901,235	
	2-北區分區	58,711,250	0.94877850	55,703,972	23,566,262	
	3-中區分區	130,844,169	0.94877850	124,142,134	50,404,063	
	4-南區分區	3,097,213,699(BF)	0.94877850	-----	1,257,374,195	497,456
	5-高屏分區	163,987,819	0.94877850	155,588,117	65,458,172	
	6-東區分區	5,626,008	0.94877850	5,337,835	3,083,232	
	7-合計	3,586,515,578(GF)		464,239,102(AF)	1,446,787,159(BG)	497,456(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	84,887,300	0.93666481	79,510,947	28,983,209	
	2-北區分區	43,459,794	0.93666481	40,707,260	16,698,950	
	3-中區分區	72,832,820	0.93666481	68,219,940	27,971,400	
	4-南區分區	164,104,545	0.93666481	153,710,952	63,777,680	
	5-高屏分區	3,663,718,041(BF)	0.93666481	-----	1,520,671,909	231,601
	6-東區分區	9,424,822	0.93666481	8,827,899	4,746,503	
	7-合計	4,038,427,322(GF)		350,976,998(AF)	1,662,849,651(BG)	231,601(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	30,813,166	1.06457482	32,802,921	11,353,307	
	2-北區分區	13,020,926	1.06457482	13,861,750	5,839,751	
	3-中區分區	10,825,636	1.06457482	11,524,699	4,614,743	
	4-南區分區	12,286,154	1.06457482	13,079,530	2,810,044	
	5-高屏分區	13,492,531	1.06457482	14,363,809	5,423,802	
	6-東區分區	363,527,291(BF)	1.06457482	-----	195,924,891	103,284
	7-合計	443,965,704(GF)		85,632,709(AF)	225,966,538(BG)	103,284(BJ)

五、估算東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=[11,517,463,679－ 1,693,753,533－(3,234,539,820－ 9,856,737)－ 954,567]／ 7,485,620,296＝ 0.88143297(點值排序：5)

北區分區=[5,390,048,380－ 826,905,209－(1,601,809,369－ 5,342,700)－ 645,741]／ 3,268,737,373＝ 0.90739341(點值排序：4)

中區分區=[6,492,365,159－ 390,140,904－(1,859,115,720－ 4,508,941)－ 509,363]／ 4,477,439,694＝ 0.94855730(點值排序：2)

南區分區=[4,929,055,596－ 464,239,102－(1,446,787,159－ 4,466,434)－ 497,456]／ 3,097,213,699＝ 0.97571514(點值排序：1)

高屏分區=[5,440,334,211－ 350,976,998－(1,662,849,651－ 8,607,063)－ 231,601]／ 3,663,718,041＝ 0.93754022(點值排序：3)

東區分區=[668,945,521－ 85,632,709－(225,966,538－ 1,563,555)－ 103,284]／ 363,527,291＝ 0.98701405

2. 東區以外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)
 ＝[33,769,267,025－(9,805,101,719－ 32,781,875)－ 2,838,728]／ 26,210,985,917＝ 0.91542182(P)

3. R值占率前進而減少預算分區之減少費用

分區	114年第1季 R值前進1% 各分區預算	114年第1季 原R值占率(69%) 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×(69%×R +31%×S)	R_DOT= R_DOT2- R_DOT1
臺北分區	11,395,387,312	11,389,603,714	0
北區分區	5,315,367,594	5,298,683,224	0
中區分區	6,398,134,586	6,401,935,916	3,801,330
南區分區	4,855,297,876	4,867,456,692	12,158,816
高屏分區	5,373,713,587	5,377,810,727	4,097,140
東區分區	663,260,660	665,671,342	-
合計	34,001,161,615	34,001,161,615	20,057,286

4. 撥補保障東區至每點1元之預算(F4)＝ 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)
 ＝ 4,720,746

5. 風險調整移撥款撥補東區以外五分區點值落後地區(低於五分區平均浮動點值且不超过每點1元之地區)

分區	調整後分區 一般服務 預算總額	114年第1季 風險調整移撥款 撥補之預算	撥補因R值占率 前進而減少預算 分區之預算	撥補保障 東區至每點 1元之預算	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 撥補後估算 浮動點值	風險調整移撥款 撥補後5分區 (不含東區) 平均浮動點值	點值落後 5分區估算 浮動點值差值
	(BD8)	(F2)	(F3)=R_DOT	(F4)	(BD9) =BD8+F3+F4	(Z2)	(Z3)	(Z4) =(Z3)-(Z2)
臺北	11,517,463,679		0	-	11,517,463,679	0.88143297 (點值排序：5)		0.03475408
北區	5,390,048,380		0	-	5,390,048,380	0.90739341 (點值排序：4)		0.00879364
中區	6,492,365,159		3,801,330	-	6,496,166,489	0.94940630 (點值排序：2)		
南區	4,929,055,596		12,158,816	-	4,941,214,412	0.97964087 (點值排序：1)		
高屏	5,440,334,211		4,097,140	-	5,444,431,351	0.93865852 (點值排序：3)		
東區	668,945,521		-	4,720,746	673,666,267	1.00000000		
合計	34,438,212,546	161,295,654	20,057,286	4,720,746	34,462,990,578		0.91618705	
分區	當季風險調整 移撥款賸餘用於 撥補點值落後地區 之預算	5分區(不含東區) 一般服務 預算總額 之地區預算	5分區(不含東區) 一般服務 預算總額 地區之預算占率	點值落後地區 之費用撥補	風險調整移撥款 撥補點值落後地區 之預算	風險調整移撥款 撥補點值落後地區後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補點值落後地區後 估算浮動點值	當季風險調整移撥款 撥補未支用金額
	(BD10) =F2-加總F3 -F4	(BD1)	(R1) =BD1/加總BD1	(G) =(Z4)×(R1)	(F5) =(BD10)× 【(G)/加總(G)】	(BD11) =BD9+F5	(Z5)	(F6) =F2-加總F3-F4 -加總F5
臺北		11,395,387,312	34.181478%	0.01187946	122,106,269	11,639,569,948	0.89774508 (點值排序：5)	
北區		5,315,367,594	15.943918%	0.00140205	14,411,353	5,404,459,733	0.91180226 (點值排序：4)	
中區		6,398,134,586	19.191774%			6,496,166,489	0.94940630 (點值排序：2)	
南區		4,855,297,876	14.563898%			4,941,214,412	0.97964087 (點值排序：1)	
高屏		5,373,713,587	16.118932%			5,444,431,351	0.93865852 (點值排序：3)	
東區	-	-	-		-	673,666,267	1.00000000	
合計	136,517,622	33,337,900,955	100.000000%	0.01328151	136,517,622	34,599,508,200		0

=====

註：

1. 依據114年3月6日西醫基層總額研商議事會議114年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6.5億元。並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。
2. 114年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款6.5億元，用於因撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，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」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (1) 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採114年一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款6.5億元後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
 - (2) 以東區以外之五分區一般服務費用(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」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
 - A. 點值落後地區，係指低於五分區平均浮動點值且不過每點1元之地區。
 - B. 依下列公式進行費用撥補：
$$\{((M-An) \times Yn) / (\sum_{n=1}^n [(M-An) \times Yn])\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

註：

M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區平均浮動點值且不過每點1元之地區。
 - C. 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浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不過每點1元為止。
 - D. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含東區)移撥後之預算(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. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [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

— 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=[11,639,569,948 + 630,798 — 1,693,753,533 — (3,234,539,820 — 9,856,737) — 954,567]／ 7,485,620,296 = 0.89782934

北區分區=[5,404,459,733 + 3,893,060 — 826,905,209 — (1,601,809,369 — 5,342,700) — 645,741]／ 3,268,737,373 = 0.91299326

中區分區=[6,496,166,489 + 1,708,946 — 390,140,904 — (1,859,115,720 — 4,508,941) — 509,363]／ 4,477,439,694 = 0.94978798

南區分區=[4,941,214,412 + 10,219,820 — 464,239,102 — (1,446,787,159 — 4,466,434) — 497,456]／ 3,097,213,699 = 0.98294055

高屏分區=[5,444,431,351 + 8,014,764 — 350,976,998 — (1,662,849,651 — 8,607,063) — 231,601]／ 3,663,718,041 = 0.94084613

東區分區=[673,666,267 + 16,690,594 — 85,632,709 — (225,966,538 — 1,563,555) — 103,284]／ 363,527,291 = 1.04591291

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 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

— (核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

=[34,599,508,200 + 41,157,982 — (10,031,068,257 — 34,345,430) — 2,942,012]／ 26,654,951,621 = 0.92444367

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=[11,639,569,948+ 630,798]／[9,483,814,926+ 3,234,539,820- 9,856,737+ 954,567]= 0.91586956

北區分區=[5,404,459,733+ 3,893,060]／[4,191,138,245+ 1,601,809,369- 5,342,700+ 645,741]= 0.93436741

中區分區=[6,496,166,489+ 1,708,946]／[4,911,089,846+ 1,859,115,720- 4,508,941+ 509,363]= 0.96034254

南區分區=[4,941,214,412+ 10,219,820]／[3,586,515,578+ 1,446,787,159- 4,466,434+ 497,456]= 0.98451096

高屏分區=[5,444,431,351+ 8,014,764]／[4,038,427,322+ 1,662,849,651- 8,607,063+ 231,601]= 0.95776224

東區分區=[673,666,267+ 16,690,594]／[443,965,704+ 225,966,538- 1,563,555+ 103,284]= 1.03273868

4. 一般服務全區平均點值

= [34,599,508,200+ 41,157,982]／[26,654,951,621+ 10,031,068,257- 34,345,430+ 2,942,012]= 0.94505603

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(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區 = [11,639,569,948+ 630,798+ 314,442,421]／[9,483,814,926+ 3,234,539,820- 9,856,737+ 954,567+ 284,525,028]=0.92001414

北區分區 = [5,404,459,733+ 3,893,060+ 173,879,963]／[4,191,138,245+ 1,601,809,369- 5,342,700+ 645,741+ 160,225,746]=0.93843068

中區分區 = [6,496,166,489+ 1,708,946+ 240,168,488]／[4,911,089,846+ 1,859,115,720- 4,508,941+ 509,363+ 219,178,470]=0.96459171

南區分區 = [4,941,214,412+ 10,219,820+ 219,160,420]／[3,586,515,578+ 1,446,787,159- 4,466,434+ 497,456+ 204,234,572]=0.98796735

高屏分區 = [5,444,431,351+ 8,014,764+ 238,266,751]／[4,038,427,322+ 1,662,849,651- 8,607,063+ 231,601+ 221,143,400]=0.96223701

東區分區 = [673,666,267+ 16,690,594+ 23,408,606]／[443,965,704+ 225,966,538- 1,563,555+ 103,284+ 21,114,371]=1.03506323

全 區 = [34,599,508,200+ 41,157,982+ 1,209,326,649]／[26,654,951,621+10,031,068,257- 34,345,430+ 2,942,012+ 1,110,421,587]=0.94929053

註：

1. 專款專用暫結金額= 暫時性支付(新藥、新特材)+ 提升國人視力照護品質+ 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

+ 基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫

+ 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+ 品質保證保留款預算

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+114年品質保證保留款預算/4

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

= (106年各季預算+114年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

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：114/08/25

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁次：51

=====

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月113/12(含)以前:於114/04/01～114/06/30期間核付者。
費用年月114/01～114/03:於114/01/01～114/06/30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。