

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：114/11/19

114年第2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)114年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$= (113\text{年第2季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 112\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(113\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}) \times (1+4.267\%)$$

$$= (33,120,157,399 + 252,548,606 + 15,526,063) \times (1+4.267\%)$$

$$= 34,812,907,930(\text{G})$$

(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) × (1 + 4.475%) (註3)					
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	= (G + B3 + B4) × (1 + 4.267%) (註4)						
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)) × (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)) × (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) × 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2季門診透析服務預算

$$= (113年第2季西醫基層門診透析服務預算) \times (1+3.090\%)$$

$$= (5,356,513,487) \times (1+3.090\%)$$

$$= 5,522,029,754$$

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：	3,199,280
北區分區：	1,034,600
中區分區：	1,075,480
南區分區：	1,171,240
高屏分區：	330,680
東區分區：	0
小計：	6,811,280

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：	6,526,240
北區分區：	2,136,960
中區分區：	2,283,680
南區分區：	2,449,720
高屏分區：	781,200
東區分區：	0
小計：	14,177,800

=====

(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： 167,742,528

北區分區： 83,446,152

中區分區： 128,828,438

南區分區： 82,959,984

高屏分區： 109,682,808

東區分區： 8,329,776

小計： 580,989,686 (BS)

暫結金額 = 580,989,686

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = 407,960,314

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 + 407,960,314 = 902,435,314

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 = 902,435,314

=====

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+ 902,435,314= 1,396,910,314

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= 1,396,910,314

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= 1,396,910,314

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= 1,396,910,314

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：114/11/19

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

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: 167,742,528

北區分區: 83,446,152

中區分區: 128,828,438

南區分區: 82,959,984

高屏分區: 109,682,808

東區分區: 8,329,776

小 計: 580,989,686

已暫結金額= 580,989,686

未支用金額=全年預算-已暫結金額= 1,977,900,000- 580,989,686= 1,396,910,314

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. 藥品給付協議(YI)

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(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

暫結金額 = 1元/點x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

$$\text{預算} = 3,574,800,000 \times 30\% = 1,072,440,000$$

$$\text{已支用點數} = 781,747,375$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 781,747,375 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 290,692,625 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 3,574,800,000 \times 25\% + 290,692,625 = 1,184,392,625$$

$$\text{已支用點數} = 900,321,245$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 900,321,245 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 284,071,380 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 3,574,800,000 \times 25\% + 284,071,380 = 1,177,771,380$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,177,771,380 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 3,574,800,000 \times 20\% + 1,177,771,380 = 1,892,731,380$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,892,731,380 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 3,574,800,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,682,068,620$$

$$\text{暫結金額} = 781,747,375 + 900,321,245 + 0 + 0 = 1,682,068,620$$

$$\text{未支用金額} = 3,574,800,000 - 1,682,068,620 = 1,892,731,380$$

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	108,975	收入	1,800,000 (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	23,948,400 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,383,560 (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	26,313,642 (K9)	點值補助差額	26,313,642 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	8,907,113 (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	727,390 (K8)	點值補助差額	727,390 (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= 66,352,715

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= 81,093,890

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 727,390

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)= 67,080,105

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 80,366,500

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=423,900,000/4+80,366,500=186,341,500

(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=186,341,500

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

=186,341,500

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=423,900,000/4+186,341,500=292,316,500

(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=292,316,500

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

=292,316,500

=====

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	181,332	收入	3,569,890 (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	45,421,400 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	10,493,148 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	52,899,608 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	17,564,051 (N6)
(5)診察費及診療費點值差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	1,635,403 (N8)	點值補助差額	1,635,403 (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=129,948,097

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
=293,951,903

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 1,635,403

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)=131,583,500

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+ 67,080,105+ 0+ 0= 131,583,500

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 292,316,500

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： 676,274,556

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： 676,274,556

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 676,274,556

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： 15,700

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： 18,500

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 18,500

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： 676,290,256
 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： 676,293,056

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 676,293,056 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,971,706,944

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：	4,440	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,440
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：	8,880	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	8,880

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：	118,300,242	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	118,300,242
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：	219,894,602	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	219,894,602

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：	118,304,682	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	118,304,682
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：	219,903,482	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	219,903,482

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：	28,275,225	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	28,275,225
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：	60,450,254	全年合計金額：	0	全年合計金額：	60,450,254

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：	90,029,457	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	90,029,457
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：	159,453,228	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	159,453,228

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 219,903,482 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 462,000,000 - (219,903,482 - 60,450,254) \\ &= 462,000,000 - 159,453,228 \\ &= 302,546,772 \end{aligned}$$

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： 11,950,400

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 =1元/點×已支用點數 = 24,461,000

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： 105,520,390

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 = 207,924,710

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： 60,286,800

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 = 117,745,200

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： 165,807,190

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 = 325,669,910

3. 思覺失調症

第1季已支用點數：	242,742
第2季已支用點數：	273,586
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 =	516,328

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：	4,281,853
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 =	8,290,353

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：	2,605,200
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 =	4,087,800

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：	116,000
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	227,000

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：	267,600
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 =	549,200

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： 2,550
 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： 2,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,550

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： 2,550
 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： 2,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,550

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。

=====

9. 合計

第1季已支用點數： 178,499,762

第2季已支用點數： 185,304,379

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 = 363,804,141

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 542,295,859

=====

(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： 84,242,173
 北區分區： 53,929,400
 中區分區： 77,972,457
 南區分區： 53,079,488
 高屏分區： 43,225,048
 東區分區： 4,559,261
 小計： 317,007,827

基期醫令點數(V2)：

臺北分區： 1,983,995
 北區分區： 304,449
 中區分區： 2,777,618
 南區分區： 1,032,820
 高屏分區： 103,174
 東區分區： 47,082
 小計： 6,249,138

已支用點數(BW_q2=U2-V2)：

臺北分區： 82,258,178
 北區分區： 53,624,951
 中區分區： 75,194,839
 南區分區： 52,046,668
 高屏分區： 43,121,874
 東區分區： 4,512,179
 小計： 310,758,689

暫結金額 =1元/點×已支用點數 = 310,758,689

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

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：114/11/19

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 24

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：173,767,044	臺北分區： 4,406,186	臺北分區：169,360,858
	北區分區：107,950,485	北區分區： 530,657	北區分區：107,419,828
	中區分區：149,683,390	中區分區： 5,453,517	中區分區：144,229,873
	南區分區：102,100,391	南區分區： 2,341,427	南區分區： 99,758,964
	高屏分區： 86,585,775	高屏分區： 191,206	高屏分區： 86,394,569
	東區分區： 8,484,809	東區分區： 79,658	東區分區： 8,405,151
	小 計：628,571,894	小 計：13,002,651	小 計：615,569,243

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 615,569,243

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,104,430,757

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:

$$\text{預算} = 258,000,000 / 4 = 64,500,000$$

$$\text{已支用點數} : 38,759,000$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 38,759,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 25,741,000 \end{aligned}$$

第2季:

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

$$\text{已支用點數} : 43,106,600$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 43,106,600 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 47,134,400 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 47,134,400 = 111,634,400$$

$$\text{已支用點數} : 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 111,634,400 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 111,634,400 = 176,134,400$$

$$\text{已支用點數} : 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 176,134,400 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 258,000,000$$

$$\text{已支用點數} : 81,865,600$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額} = 38,759,000 + 43,106,600 + 0 + 0 = 81,865,600$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 258,000,000 - 81,865,600 = 176,134,400$$

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

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

第2季

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

$$\text{已支用點數} = 6,958,030$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 6,958,030 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 18,041,970 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 18,041,970 = 30,541,970$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 30,541,970 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 30,541,970 = 43,041,970$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 43,041,970 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 6,958,030$$

$$\text{暫結金額} = 0 + 6,958,030 + 0 + 0 = 6,958,030$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 6,958,030 = 43,041,970$$

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：	446,278	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	446,278
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：	876,641	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	876,641

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：	446,278	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	446,278
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：	876,641	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	876,641

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 = 876,641 - 0
 = 876,641

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

暫結金額 = 1元/點x已支用點數-藥品給付協議
 = 0 - 0
 = 0

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

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
 = 0

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：	446,278	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	446,278
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：	876,641	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	876,641

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：	446,278	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	446,278
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：	876,641	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	876,641

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 876,641 & &= 30,000,000 - (876,641 - 0) \\
 & & &= 30,000,000 - 876,641 \\
 & & &= 29,123,359
 \end{aligned}$$

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。

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：114/11/19

114年第2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁次：30

(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：	2,390,360	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	2,390,360
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：	5,182,360	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	5,182,360

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：	2,390,360	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	2,390,360
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：	5,182,360	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	5,182,360

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 5,182,360 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (5,182,360 - 0) \\ &= 30,000,000 - 5,182,360 \\ &= 24,817,640 \end{aligned}$$

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： 449,479
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 820,454

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 820,454

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： 33,974
 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： 77,324

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 77,324

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)： 483,453
 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： 897,778

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 897,778

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 10,102,222

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： 42,376,488

第3季已支用金額： 0

第4季已支用金額： 0

結算金額 = 83,534,470

註：依據衛生福利部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 = $1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數}$

= 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： 469,600

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

= 469,600

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 3,782,100

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000 / 4 + 3,782,100 = 6,282,100$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 6,282,100 \end{aligned}$$

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000 / 4 + 6,282,100 = 8,782,100$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 8,782,100 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,217,900$$

$$\text{暫結金額} = 748,300 + 469,600 + 0 + 0 = 1,217,900$$

$$\text{未支用金額} = 10,000,000 - 1,217,900 = 8,782,100$$

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：	15,969,959	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	15,969,959
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：	30,188,855	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	30,188,855

2. 藥品給付協議(Y6)

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：114/11/19

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁次： 34

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：	15,969,959	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	15,969,959
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：	30,188,855	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	30,188,855

暫結金額 = 1元/點x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)
= 30,188,855	= 100,000,000	- (30,188,855	- 0)
	= 100,000,000	- 30,188,855	
	= 69,811,145		

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。

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：114/11/19

114年第 2季

結算主要費用年月起迄：114/04-114/06

核付截止日期：114/09/30

頁次：35

(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：

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

	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)	130,254,488	130,254,488	130,254,488
(4)合計	130,254,488	130,254,488	130,254,488

$$\text{暫結金額(KA+KB+KC)} = 0 + 0 + 130,254,488 = 130,254,488$$

$$\text{結算金額} = 130,254,488$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季原預算} - \text{結算金額} = 268,173,948 - 130,254,488 = 137,919,460$$

第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 137,919,460 = 337,919,460$$

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

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

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 337,919,460 - 0 = 337,919,460$$

第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 337,919,460 = 537,919,460$$

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

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

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 537,919,460 - 0 = 537,919,460$$

=====

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)	262,080,540	262,080,540	262,080,540
(4)合計	262,080,540	262,080,540	262,080,540

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 262,080,540 = 262,080,540

「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 + 130,254,488 + 0 + 0 = 262,080,540

未支用金額=全年預算-結算金額 = 800,000,000 - 262,080,540 = 537,919,460

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。
 - 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。
 - 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2季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別	人口結構						人口風險因素						R
	校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					
114Q2	114Q2	109Q2	110Q2	111Q2	112Q2	114Q2	114Q2	109Q2	110Q2	111Q2	112Q2	114Q2	
權重		25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%		
臺北分區	0.37190	0.33215	0.33135	0.33269	0.32715	0.33739	0.36793	0.92606	0.93036	0.92178	0.92740	0.92469	0.34050
北區分區	0.16090	0.16398	0.16034	0.16336	0.16528	0.16692	0.16121	1.06269	1.06372	1.06397	1.06639	1.05669	0.17120
中區分區	0.17811	0.18545	0.18572	0.18600	0.18654	0.18354	0.17884	1.02597	1.03305	1.02682	1.01578	1.02823	0.18336
南區分區	0.12884	0.13766	0.13966	0.13759	0.13866	0.13471	0.12972	1.01921	1.00926	1.02861	1.01630	1.02267	0.13212
高屏分區	0.14047	0.15577	0.15670	0.15523	0.15749	0.15367	0.14200	1.09363	1.08360	1.09526	1.09556	1.10011	0.15519
東區分區	0.01978	0.02499	0.02623	0.02513	0.02488	0.02377	0.02030	0.86900	0.87029	0.87400	0.87321	0.85849	0.01763
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)114年第2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2季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.34050(R)+ 30% × 0.32927(S)) = 11,506,390,216
北區分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.17120(R)+ 30% × 0.12511(S)) = 5,371,191,458
中區分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.18336(R)+ 30% × 0.18968(S)) = 6,322,847,278
南區分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.13212(R)+ 30% × 0.16769(S)) = 4,873,503,075
高屏分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.15519(R)+ 30% × 0.16279(S)) = 5,374,502,099
東區分區一般服務預算總額	= 34,130,323,867 × (70% × 0.01763(R)+ 30% × 0.02546(S)) = 681,889,741

總計

34,130,323,867

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：114/11/19

114年第2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁次：39

(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	11,506,390,216	0	0	22,901,777,528
	北區分區	5,315,367,594	5,371,191,458	0	0	10,686,559,052
	中區分區	6,398,134,586	6,322,847,278	0	0	12,720,981,864
	南區分區	4,855,297,876	4,873,503,075	0	0	9,728,800,951
	高屏分區	5,373,713,587	5,374,502,099	0	0	10,748,215,686
	東區分區	663,260,660	681,889,741	0	0	1,345,150,401
	小計	34,001,161,615	34,130,323,867	0	0	68,131,485,482
		(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	11,506,494,229	0	0	22,901,983,663
	北區分區	5,315,403,378	5,371,227,750	0	0	10,686,631,128
	中區分區	6,397,880,961	6,322,591,753	0	0	12,720,472,714
	南區分區	4,855,346,340	4,873,551,596	0	0	9,728,897,936
	高屏分區	5,373,804,033	5,374,591,747	0	0	10,748,395,780
東區分區	663,237,469	681,866,792	0	0	1,345,104,261	
	小計	34,001,161,615	34,130,323,867	0	0	68,131,485,482

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	82,258,178	0	0	169,360,858
	北區分區	53,794,877	53,624,951	0	0	107,419,828
	中區分區	69,035,034	75,194,839	0	0	144,229,873
	南區分區	47,712,296	52,046,668	0	0	99,758,964
	高屏分區	43,272,695	43,121,874	0	0	86,394,569
	東區分區	3,892,972	4,512,179	0	0	8,405,151
	小計	304,810,554	310,758,689	0	0	615,569,243
		(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	11,588,752,407	0	0	23,071,344,521
	北區分區	5,369,198,255	5,424,852,701	0	0	10,794,050,956
	中區分區	6,466,915,995	6,397,786,592	0	0	12,864,702,587
	南區分區	4,903,058,636	4,925,598,264	0	0	9,828,656,900
	高屏分區	5,417,076,728	5,417,713,621	0	0	10,834,790,349
	東區分區	667,130,441	686,378,971	0	0	1,353,509,412
	小計	34,305,972,169	34,441,082,556	0	0	68,747,054,725
		(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	128,804	0	0	259,245
	北區分區	39,783	35,236	0	0	75,019
	中區分區	86,954	117,827	0	0	204,781
	南區分區	79,017	102,177	0	0	181,194
	高屏分區	74,888	93,537	0	0	168,425
	東區分區	3,242	5,872	0	0	9,114
	小計	414,325	483,453	0	0	897,778

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：114/11/19

114年第2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁次：42

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	11,588,881,211	0	0	23,071,603,766
	北區分區	5,369,238,038	5,424,887,937	0	0	10,794,125,975
	中區分區	6,467,002,949	6,397,904,419	0	0	12,864,907,368
	南區分區	4,903,137,653	4,925,700,441	0	0	9,828,838,094
	高屏分區	5,417,151,616	5,417,807,158	0	0	10,834,958,774
	東區分區	667,133,683	686,384,843	0	0	1,353,518,526
	小計	34,306,386,494	34,441,566,009	0	0	68,747,952,503
		(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×KC)(註4)	臺北分區	34,741,124	35,809,115	0	0	70,550,239
	北區分區	20,810,342	20,322,248	0	0	41,132,590
	中區分區	25,362,210	24,190,609	0	0	49,552,819
	南區分區	25,917,943	24,599,072	0	0	50,517,015
	高屏分區	23,182,595	23,530,186	0	0	46,712,781
	東區分區	1,811,838	1,803,258	0	0	3,615,096
	小計	131,826,052	130,254,488	0	0	262,080,540
		(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	11,624,690,326	0	0	23,142,154,005
	北區分區	5,390,048,380	5,445,210,185	0	0	10,835,258,565
	中區分區	6,492,365,159	6,422,095,028	0	0	12,914,460,187
	南區分區	4,929,055,596	4,950,299,513	0	0	9,879,355,109
	高屏分區	5,440,334,211	5,441,337,344	0	0	10,881,671,555
	東區分區	668,945,521	688,188,101	0	0	1,357,133,622
	小計	34,438,212,546	34,571,820,497	0	0	69,010,033,043

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：114/11/19

114年第2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁次：43

項目	分區	第1季 (BS_q1)	第2季 (BS_q2)	第3季 (BS_q3)	第4季 (BS_q4)	合計 (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	167,742,528	0	0	167,742,528
	北區分區	0	83,446,152	0	0	83,446,152
	中區分區	0	128,828,438	0	0	128,828,438
	南區分區	0	82,959,984	0	0	82,959,984
	高屏分區	0	109,682,808	0	0	109,682,808
	東區分區	0	8,329,776	0	0	8,329,776
小計		0	580,989,686	0	0	580,989,686
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	11,792,432,854	0	0	23,309,896,533
	北區分區	5,390,048,380	5,528,656,337	0	0	10,918,704,717
	中區分區	6,492,365,159	6,550,923,466	0	0	13,043,288,625
	南區分區	4,929,055,596	5,033,259,497	0	0	9,962,315,093
	高屏分區	5,440,334,211	5,551,020,152	0	0	10,991,354,363
	東區分區	668,945,521	696,517,877	0	0	1,365,463,398
小計		34,438,212,546	35,152,810,183	0	0	69,591,022,729

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	7,638,695,923(BF)	0.89782934	-----	2,576,210,800	1,139,214
	2-北區分區	800,151,968	0.89782934	718,399,913	287,095,736	
	3-中區分區	476,123,571	0.89782934	427,477,712	164,134,089	
	4-南區分區	302,781,290	0.89782934	271,845,926	110,807,542	
	5-高屏分區	398,107,937	0.89782934	357,432,986	146,012,395	
	6-東區分區	46,503,493	0.89782934	41,752,200	23,331,627	
	7-合計	9,662,364,182(GF)		1,816,908,737(AF)	3,307,592,189(BG)	1,139,214(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	473,709,871	0.91299326	432,493,919	158,082,664	
	2-北區分區	3,376,517,792(BF)	0.91299326	-----	1,323,588,862	497,039
	3-中區分區	205,966,305	0.91299326	188,045,848	73,378,249	
	4-南區分區	154,238,312	0.91299326	140,818,539	54,528,304	
	5-高屏分區	93,243,042	0.91299326	85,130,269	35,548,774	
	6-東區分區	11,731,110	0.91299326	10,710,424	6,269,693	
	7-合計	4,315,406,432(GF)		857,198,999(AF)	1,651,396,546(BG)	497,039(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	148,175,051	0.94978798	140,734,882	48,876,846	
	2-北區分區	101,558,735	0.94978798	96,459,266	40,701,985	
	3-中區分區	4,516,575,224(BF)	0.94978798	-----	1,733,325,776	484,645
	4-南區分區	115,333,874	0.94978798	109,542,727	42,557,713	
	5-高屏分區	72,348,448	0.94978798	68,715,686	27,524,819	
	6-東區分區	7,450,177	0.94978798	7,076,089	4,067,902	
	7-合計	4,961,441,509(GF)		422,528,650(AF)	1,897,055,041(BG)	484,645(BJ)

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	134,119,353	0.98294055	131,831,351	47,203,955	
	2-北區分區	61,170,603	0.98294055	60,127,066	24,357,784	
	3-中區分區	134,383,228	0.98294055	132,090,724	50,819,032	
	4-南區分區	3,142,300,386(BF)	0.98294055	-----	1,285,122,488	499,013
	5-高屏分區	166,722,322	0.98294055	163,878,131	66,849,974	
	6-東區分區	5,937,848	0.98294055	5,836,552	3,206,439	
	7-合計	3,644,633,740(GF)		493,763,824(AF)	1,477,559,672(BG)	499,013(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	86,908,878	0.94084613	81,767,882	29,627,671	
	2-北區分區	44,722,424	0.94084613	42,076,920	16,581,353	
	3-中區分區	73,370,546	0.94084613	69,030,394	27,857,604	
	4-南區分區	168,485,860	0.94084613	158,519,269	65,072,361	
	5-高屏分區	3,691,325,265(BF)	0.94084613	-----	1,553,849,543	148,304
	6-東區分區	9,677,956	0.94084613	9,105,467	4,940,311	
	7-合計	4,074,490,929(GF)		360,499,932(AF)	1,697,928,843(BG)	148,304(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	32,555,793	1.04591291	34,050,524	10,992,294	
	2-北區分區	12,836,020	1.04591291	13,425,359	5,985,711	
	3-中區分區	10,776,895	1.04591291	11,271,694	4,610,062	
	4-南區分區	13,769,818	1.04591291	14,402,030	2,775,654	
	5-高屏分區	13,332,463	1.04591291	13,944,595	5,378,680	
	6-東區分區	373,090,616(BF)	1.04591291	-----	199,386,215	114,361
	7-合計	456,361,605(GF)		87,094,202(AF)	229,128,616(BG)	114,361(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 = [11,792,432,854 - 1,816,908,737 - (3,307,592,189 - 9,260,392) - 1,139,214] / 7,638,695,923 = 0.87397812(點值排序：5)
 北區分區 = [5,528,656,337 - 857,198,999 - (1,651,396,546 - 7,294,429) - 497,039] / 3,376,517,792 = 0.89644372(點值排序：4)
 中區分區 = [6,550,923,466 - 422,528,650 - (1,897,055,041 - 7,067,710) - 484,645] / 4,516,575,224 = 0.93830450(點值排序：3)
 南區分區 = [5,033,259,497 - 493,763,824 - (1,477,559,672 - 4,572,537) - 499,013] / 3,142,300,386 = 0.97572133(點值排序：1)
 高屏分區 = [5,551,020,152 - 360,499,932 - (1,697,928,843 - 7,566,252) - 148,304] / 3,691,325,265 = 0.94817148(點值排序：2)
 東區分區 = [696,517,877 - 87,094,202 - (229,128,616 - 840,402) - 114,361] / 373,090,616 = 1.02125619

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)
 = [34,456,292,306 - (10,031,532,291 - 35,761,320) - 2,768,215] / 26,658,336,792 = 0.91745233(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2季 R值前進1% 各分區預算	114年第2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	11,506,390,216	11,502,557,380	0
北區分區	5,371,191,458	5,355,460,792	0
中區分區	6,322,847,278	6,325,004,315	2,157,037
南區分區	4,873,503,075	4,885,643,231	12,140,156
高屏分區	5,374,502,099	5,377,096,004	2,593,905
東區分區	681,889,741	684,562,145	-
合計	34,130,323,867	34,130,323,867	16,891,098

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)
 = 0

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過每點1元之地區)

分區	調整後分區 一般服務 預算總額	114年第2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	11,792,432,854		0	-	11,792,432,854	0.87397812 (點值排序:5)		0.04410782
北區	5,528,656,337		0	-	5,528,656,337	0.89644372 (點值排序:4)		0.02164222
中區	6,550,923,466		2,157,037	-	6,553,080,503	0.93878208 (點值排序:3)		
南區	5,033,259,497		12,140,156	-	5,045,399,653	0.97958480 (點值排序:1)		
高屏	5,551,020,152		2,593,905	-	5,553,614,057	0.94887418 (點值排序:2)		
東區	696,517,877		-	0	696,517,877	1.02125619		
合計	35,152,810,183	161,899,589	16,891,098	0	35,169,701,281		0.91808594	
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		11,506,390,216	34.400385%	0.01517326	117,984,874	11,910,417,728	0.88942380 (點值排序:5)	
北區		5,371,191,458	16.058125%	0.00347533	27,023,617	5,555,679,954	0.90444712 (點值排序:4)	
中區		6,322,847,278	18.903268%			6,553,080,503	0.93878208 (點值排序:3)	
南區		4,873,503,075	14.570198%			5,045,399,653	0.97958480 (點值排序:1)	
高屏		5,374,502,099	16.068024%			5,553,614,057	0.94887418 (點值排序:2)	
東區	-	-	-			696,517,877	1.02125619	
合計	145,008,491	33,448,434,126	100.000000%	0.01864859	145,008,491	35,314,709,772		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：
$$\left\{ \frac{(M-An) \times Yn}{\sum_{n=1}^n [(M-An) \times Yn]} \right\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

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」)

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

臺北分區	= [11,910,417,728 + 512,946 - 1,816,908,737 - (3,307,592,189 - 9,260,392) - 1,139,214] / 7,638,695,923 = 0.88949095
北區分區	= [5,555,679,954 + 3,790,400 - 857,198,999 - (1,651,396,546 - 7,294,429) - 497,039] / 3,376,517,792 = 0.90556970
中區分區	= [6,553,080,503 + 1,885,494 - 422,528,650 - (1,897,055,041 - 7,067,710) - 484,645] / 4,516,575,224 = 0.93919954
南區分區	= [5,045,399,653 + 11,196,722 - 493,763,824 - (1,477,559,672 - 4,572,537) - 499,013] / 3,142,300,386 = 0.98314802
高屏分區	= [5,553,614,057 + 6,172,556 - 360,499,932 - (1,697,928,843 - 7,566,252) - 148,304] / 3,691,325,265 = 0.95054636
東區分區	= [696,517,877 + 18,818,370 - 87,094,202 - (229,128,616 - 840,402) - 114,361] / 373,090,616 = 1.07169533

$$2. \text{一般服務全區浮動每點支付金額} = \text{加總}[\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} \\ - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}) \\ - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\ = [35,314,709,772 + 42,376,488 - (10,260,660,907 - 36,601,722) - 2,882,576] / 27,114,698,397 = 0.92680893$$

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。

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

臺北分區	= [11,910,417,728 + 512,946] / [9,662,364,182 + 3,307,592,189 - 9,260,392 + 1,139,214] = 0.91892317
北區分區	= [5,555,679,954 + 3,790,400] / [4,315,406,432 + 1,651,396,546 - 7,294,429 + 497,039] = 0.93279616
中區分區	= [6,553,080,503 + 1,885,494] / [4,961,441,509 + 1,897,055,041 - 7,067,710 + 484,645] = 0.95666211
南區分區	= [5,045,399,653 + 11,196,722] / [3,644,633,740 + 1,477,559,672 - 4,572,537 + 499,013] = 0.98797927
高屏分區	= [5,553,614,057 + 6,172,556] / [4,074,490,929 + 1,697,928,843 - 7,566,252 + 148,304] = 0.96440327
東區分區	= [696,517,877 + 18,818,370] / [456,361,605 + 229,128,616 - 840,402 + 114,361] = 1.04464612

$$4. \text{一般服務全區平均點值} = [35,314,709,772 + 42,376,488] / [27,114,698,397 + 10,260,660,907 - 36,601,722 + 2,882,576] = 0.94685413$$

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

臺北分區	= [11,910,417,728 + 512,946 + 556,650,620] / [9,662,364,182 + 3,307,592,189 - 9,260,392 + 1,139,214 + 322,476,140] = 0.93851920
北區分區	= [5,555,679,954 + 3,790,400 + 303,545,402] / [4,315,406,432 + 1,651,396,546 - 7,294,429 + 497,039 + 181,918,226] = 0.95458946
中區分區	= [6,553,080,503 + 1,885,494 + 435,622,852] / [4,961,441,509 + 1,897,055,041 - 7,067,710 + 484,645 + 256,303,817] = 0.98345176
南區分區	= [5,045,399,653 + 11,196,722 + 339,842,660] / [3,644,633,740 + 1,477,559,672 - 4,572,537 + 499,013 + 224,901,741] = 1.00999760
高屏分區	= [5,553,614,057 + 6,172,556 + 371,983,451] / [4,074,490,929 + 1,697,928,843 - 7,566,252 + 148,304 + 249,994,473] = 0.98616354
東區分區	= [696,517,877 + 18,818,370 + 39,030,758] / [456,361,605 + 229,128,616 - 840,402 + 114,361 + 23,190,825] = 1.06555784
全區	= [35,314,709,772 + 42,376,488 + 2,046,675,743] / [27,114,698,397 + 10,260,660,907 - 36,601,722 + 2,882,576 + 1,258,785,222] = 0.96899870

註：

- 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。

=====

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月114/03(含)以前:於114/07/01~114/09/30期間核付者。

費用年月114/04~114/06:於114/04/01~114/09/30期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。