

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)113年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

= (112年第3季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+ 111年各季校正投保人口預估成長率差值+前1年度(112年)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) ×(1+4.475%)
 = (31,239,742,627+(-292,958,836)+ 37,918,734) ×(1+4.475%)
 = 32,371,267,963(G)

(二)113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

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

項目	113年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	113年各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D)	113年各季 預算占率 (C)	113年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	113年風險調整 移撥款撥補 (不含撥補臺北區) (F3)	112年因應 基層護理人力 需求，提高1- 30人次診察費 (F4)	113年因應 基層護理人力 需求，提高1- 30人次診察費 (F5)	113年各季調整後 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D1)=(D)-(F2) -(F3)-(F4)-(F5)
季別	= (G0 + B4 + B5) ×(1 + 4.475%)		= (G) - (F1)		= 3億×(C) (註7)		= 3億×(C) (註7)		
第1季	33,161,357,337	26,100,987	33,135,256,350	0.24901772	74,705,316	74,705,316	164,825,000	164,825,000	32,656,195,718
第2季	33,120,157,399	26,209,474	33,093,947,925	0.24870728	74,612,184	74,612,184	164,825,000	164,825,000	32,615,073,557
第3季	32,371,267,963	25,603,157	32,345,664,806	0.24308379	72,925,137	72,925,137	164,825,000	164,825,000	31,870,164,532
第4季	34,516,276,504	27,298,243	34,488,978,261	0.25919121	77,757,363	77,757,363	164,825,000	164,825,000	34,003,813,535
合 計	133,169,059,203	105,211,861	133,063,847,342	1.00000000	300,000,000	300,000,000	659,300,000	659,300,000	131,145,247,342

=====

註：

1. 112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)
= (111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+111年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)-111年新醫療科技項目未導入預算(B3)) $\times$ (1+2.172%)。
2. 113年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)
= (112年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+111年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+112年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B5)-112年新醫療科技項目未導入預算(B6)) $\times$ (1+4.475%)。
※一般服務成長率為4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.517%，協商因素成長率0.958%。
3. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後112年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
※113年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4)151,674,936元，按季均分。
4. 106年編列之品質保證保留款(F1)
= (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口預估成長率差值) $\times$ 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。
※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與113年度之品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。
5. 111年新醫療科技項目未導入預算(B3)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，111年新增診療項目未於時程內導入之預算有187,592,449元，自112年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額112年年5月25日第2次研商議事會議報告。
6. 113年新醫療科技項目未導入預算(B7)：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」，113年度藥品及特材給付規定改變，若未於時程內導入，則扣減該額度。
7. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。
8. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據112年12月7日西醫基層總額研商議事會議112年第3次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。
※113年各季預算占率(C)：依113年各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D)之各季預算占率。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/19

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：3

=====

(三)113年第3季門診透析服務預算

= (112年第3季西醫基層門診透析服務預算) × (1+4.587%)

= (5,389,489,237) × (1+4.587%)

= 5,636,705,108

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

(四)「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案(由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應)

第1季已結算金額：

臺北分區：	4,007,640
北區分區：	1,361,920
中區分區：	1,243,200
南區分區：	1,537,480
高屏分區：	452,480
東區分區：	0
小計：	8,602,720

第2季已結算金額：

臺北分區：	3,953,040
北區分區：	1,268,960
中區分區：	1,279,320
南區分區：	1,587,040
高屏分區：	460,320
東區分區：	0
小計：	8,548,680

第3季已結算金額：

臺北分區：	4,187,120
北區分區：	1,450,960
中區分區：	1,571,920
南區分區：	1,710,800
高屏分區：	502,880
東區分區：	0
小計：	9,423,680

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：	12,147,800
北區分區：	4,081,840
中區分區：	4,094,440
南區分區：	4,835,320
高屏分區：	1,415,680
東區分區：	0
小計：	26,575,080

=====

(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，113年預算及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＝ 1,318,600,000

第1季預算＝(659,300,000＋ 659,300,000)/4＝ 329,650,000

已支用點數：

臺北分區： 54,990,684

北區分區： 26,611,728

中區分區： 33,802,740

南區分區： 26,344,236

高屏分區： 32,112,408

東區分區： 2,839,044

小計： 176,700,840

暫結金額＝ 176,700,840

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝ 152,949,160

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 152,949,160＝ 482,599,160

已支用點數：

臺北分區： 44,189,052

北區分區： 20,807,316

中區分區： 26,239,524

南區分區： 22,110,216

高屏分區： 26,254,380

東區分區： 2,220,360

小計： 141,820,848

暫結金額＝ 141,820,848

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝ 340,778,312

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 340,778,312＝ 670,428,312

已支用點數：

臺北分區： 47,961,804

北區分區： 22,934,436

中區分區： 28,043,328

南區分區： 23,323,380

高屏分區： 28,448,184

東區分區： 2,409,684

小計： 153,120,816

暫結金額＝ 153,120,816

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝ 517,307,496

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/19

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 5

=====

第4季預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝(659,300,000＋ 659,300,000)/4＋ 517,307,496＝ 846,957,496

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＝ 846,957,496

全年合計:預算＝ 659,300,000＋ 659,300,000＝ 1,318,600,000

已支用點數：

臺北分區： 147,141,540

北區分區： 70,353,480

中區分區： 88,085,592

南區分區： 71,777,832

高屏分區： 86,814,972

東區分區： 7,469,088

小 計： 471,642,504

已暫結金額＝ 471,642,504

未支用金額＝全年預算－已暫結金額＝ 1,318,600,000－ 471,642,504＝ 846,957,496

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/19

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：6

二、專款項目費用

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

第1季:

預算＝317,100,000/4＝ 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	692,106	收入	2,924,896 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	20,781,100 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	5,327,528 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:	折付比例	0.97161979	點值補助差額	41,746,985 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	8,494,491 (J6)
(5)診察費及診療費點值差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	1,933,392 (J8)	點值補助差額	0 (J7)

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額＝ 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5＝ 79,275,000

不含診察費及診療費點值差額(J7)未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額＝ 0

診察費及診療費點值補助差額(J7)＝ 0

暫結金額＝不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)＝ 79,275,000

未支用金額＝ 第1季預算－暫結金額

＝ 0

折付比例＝支應J1、J2、J3、J4、J6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額

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

第2季:

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

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	959,214	收入	2,823,871 (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	23,324,600 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	5,408,668 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	38,876,971 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	8,238,756 (K6)
(5)診察費及診療費點值差額K7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	1,777,313 (K8)	點值補助差額	602,134 (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＝ 78,672,866

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＝ 602,134

診察費及診療費點值補助折付比例(K9)＝診察費及診療費點值補助差額(K7)/加總診察費及診療費點值差額補至每點1元所需之點數(K8)

＝ 602,134 / 1,777,313＝ 0.33878895

診察費及診療費點值補助差額(K7)＝ 602,134 (預算不足支應，折付後點值補助差額)

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)＝ 79,275,000

未支用金額＝ 第2季預算－暫結金額

＝ 0

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+	0=	79,275,000		
(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	1,534,880	收入	3,319,913 (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	23,235,000 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	5,397,238 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5:	折付比例	0.86728306	點值補助差額	40,612,258 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	6,710,591 (L6)
(5)診察費及診療費點值差額L7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)

不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(L2+L3+L4+L6已支用點數)+L5= 79,275,000

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= 0

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)= 79,275,000

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 0

折付比例=支應L1、L2、L3、L4、L6後所剩餘預算/加總各院所醫缺地區診所如補至每點1元所需之點值補助差額

= 40,612,258 / 46,826,993 = 0.86728306。

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+	0=	79,275,000		
(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	0 (M6)
(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)

不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(M2+M3+M4+M6已支用點數)+M5= 0

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 79,275,000

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 79,275,000

合計：

全年預算=317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：

點數 3,186,200

收入 9,068,680 (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 67,340,700 (N3)

巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：

已支用點數 16,133,434 (N4)

(3)醫缺地區診所點值差額N5：

點值補助差額 121,236,214 (N5)

(4)例假日診察費加成點數N6：

已支用點數 23,443,838 (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 3,710,705 (N8)

點值補助差額 602,134 (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=237,222,866

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

= 79,877,134

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 602,134

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)=237,825,000

結算金額=第1-4季結算金額(如當季暫結金額大於預算金額，則結算金額為當季預算)

= 79,275,000 + 79,275,000 + 79,275,000 + 0 = 237,825,000

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 79,275,000

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

(二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算＝ 4,248,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： 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： 0

全 年已支用點數： 659,431,643

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 659,431,643

2. 績效獎勵費用

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 5,000

第2季已支用點數： 32,300

第3季已支用點數： 32,500

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 69,800

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 69,800

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. 糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/19

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 10

6. 合計

第1季已支用點數： 5,000

第2季已支用點數： 659,813,151

第3季已支用點數： -316,708

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 659,501,443

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 659,501,443

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,588,498,557

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

[補充]：

112年家庭醫師整合性照護計畫

1. 個案管理費(1元/點)

結算年112年第1季已支用點數：	-16,405,475
第2季已支用點數：	631,284,099
第3季已支用點數：	199,000
第4季已支用點數：	-1,124,271
全 年已支用點數：	613,953,353
已支用金額 = 1元/點×已支用點數 =	613,953,353
結算年113年已支用點數：	642,588,265(傳票日期:113/06/13前核付)
合 計已支用點數 =	1,256,541,618
已結算金額 =	1,256,541,618

2. 績效獎勵費用

結算年112年第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0
已支用金額 = 1元/點×已支用點數 =	0
結算年113年已支用點數：	2,223,408,197(傳票日期:113/09/25前核付)
合 計已支用點數 =	2,223,408,197
已結算金額 =	2,223,408,197

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	15,100	結算金額：	14,905
第2季：已支用點數：	33,600	結算金額：	33,167
第3季：已支用點數：	13,500	結算金額：	13,326
第4季：已支用點數：	16,800	結算金額：	16,585
全 年：已支用點數：	79,000	結算金額：	77,983
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	79,000		
已結算金額 =	77,983		

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年112年第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

結算年113年已支用點數：467,972,184(傳票日期:113/10/01前核付)

合計已支用點數 = 467,972,184

已結算金額 = 467,972,184

5. 合計：

結算年112年第1季已支用點數：-16,390,375

第2季已支用點數：631,317,699

第3季已支用點數：212,500

第4季已支用點數：-1,107,471

全年已支用點數：614,032,353

結算年113年已支用點數：3,333,968,646(傳票日期:113/10/01前核付)

合計已支用點數：3,947,999,982

112年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,947,999,982

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 3,948,000,000 - 3,947,999,982 = 18

- 註：1. 依據113年4月17日健保醫字第11301074182號公告修正全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」、「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。
2. 全年結算浮動點值 = (全年預算 - 個案管理費 - 偏遠地區參與診所績效獎勵費 - 特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用) / (績效獎勵費用 + 失智症門診照護家庭諮詢費用 + 多重慢性病人門診整合費用) = 0.98713110
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用以結算金額計算。

=====

(三)代謝症候群防治計畫 全年預算＝ 616,000,000

第1季

預算＝ 616,000,000 / 4＝ 154,000,000

已支用點數： 51,420,500

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 51,420,500

未支用金額＝第1季預算－暫結金額

＝ 102,579,500

第2季

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 616,000,000 / 4＋ 102,579,500＝ 256,579,500

已支用點數： 69,720,100

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 69,720,100

未支用金額＝第2季預算－暫結金額

＝ 186,859,400

第3季

預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 616,000,000 / 4＋ 186,859,400＝ 340,859,400

已支用點數： 71,874,000

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 71,874,000

未支用金額＝第3季預算－暫結金額

＝ 268,985,400

=====

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 616,000,000 / 4 + 268,985,400 = 422,985,400

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
= 422,985,400

全年合計

全年預算 = 616,000,000

已支用點數 = 193,014,600

暫結金額 = 51,420,500 + 69,720,100 + 71,874,000 + 0 = 193,014,600

未支用金額 = 616,000,000 - 193,014,600 = 422,985,400

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

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

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

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

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	117,450,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	117,450,090
第2季已支用點數：	128,296,210	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	128,296,210
第3季已支用點數：	134,212,240	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	134,212,240
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：	379,958,540	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	379,958,540

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	117,450,090	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	117,450,090
第2季已支用點數：	128,296,210	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	128,296,210
第3季已支用點數：	134,212,240	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	134,212,240
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：	379,958,540	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	379,958,540

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	34,013,904	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	34,013,904
門診第2季金額：	30,294,673	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	30,294,673
門診第3季金額：	25,556,705	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	25,556,705
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：	89,865,282	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	89,865,282

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	83,436,186	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	83,436,186
第2季已支用金額：	98,001,537	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	98,001,537
第3季已支用金額：	108,655,535	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	108,655,535
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：	290,093,258	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	290,093,258

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)
= 379,958,540	= 292,000,000 - (379,958,540 - 89,865,282)
	= 292,000,000 - 290,093,258
	= 1,906,742

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

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

=====

(五)醫療給付改善方案 全年預算＝ 900,300,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 11,830,800

第2季已支用點數： 11,592,200

第3季已支用點數： 11,270,300

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 34,693,300

2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 98,961,370

第2季已支用點數： 98,606,810

第3季已支用點數： 103,051,740

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 300,619,920

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 46,548,000

第2季已支用點數： 49,303,350

第3季已支用點數： 53,780,600

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 149,631,950

2.3 胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

2.9 合計

第1季已支用點數： 145,509,370

第2季已支用點數： 147,910,160

第3季已支用點數： 156,832,340

第4季已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 450,251,870

3. 思覺失調症

第1季已支用點數：	128,675
第2季已支用點數：	358,017
第3季已支用點數：	230,786
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	717,478

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數：	3,755,100
第2季已支用點數：	4,026,000
第3季已支用點數：	4,006,000
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	11,787,100

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數：	2,121,900
第2季已支用點數：	2,646,600
第3季已支用點數：	1,732,200
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	6,500,700

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：	107,000
第2季已支用點數：	100,000
第3季已支用點數：	106,000
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	313,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：	244,400
第2季已支用點數：	257,400
第3季已支用點數：	274,800
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	776,600

8. 生物相似性藥品 全年預算＝3.0百萬元

第1季：預算＝3,000,000/4＝750,000

門診已支用點數：0 住診已支用點數：0 門住診合計已支用點數：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＝750,000

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝3,000,000/4＋750,000＝1,500,000

門診已支用點數：0 住診已支用點數：0 門住診合計已支用點數：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＝1,500,000

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝3,000,000/4＋1,500,000＝2,250,000

門診已支用點數：0 住診已支用點數：0 門住診合計已支用點數：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＝2,250,000

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝3,000,000/4＋2,250,000＝3,000,000

門診已支用點數：0 住診已支用點數：0 門住診合計已支用點數：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＝3,000,000

全年合計：

全年預算＝3,000,000

已支用點數：0

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝0＋0＋0＋0＝0

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝3,000,000－0＝3,000,000

註：1. 依據本署113年6月14日健保審字第1130111063號公告新增「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」，並自113年7月1日起實施。

2. 預算來源：處方開立獎勵費：113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，其中113年醫院總額部門4,700萬元、西醫基層總額部門300萬元。

3. 點值結算方式：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

9. 合計

第1季已支用點數：163,697,245

第2季已支用點數：166,890,377

第3季已支用點數：174,452,426

第4季已支用點數：0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝505,040,048

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝395,259,952

=====

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

第1季：	113年醫令點數(U1)：	基期醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區：98,210,406	臺北分區：2,422,191	臺北分區：95,788,215
	北區分區：58,170,896	北區分區：226,208	北區分區：57,944,688
	中區分區：73,220,978	中區分區：2,675,899	中區分區：70,545,079
	南區分區：50,688,591	南區分區：1,308,607	南區分區：49,379,984
	高屏分區：41,586,957	高屏分區：88,032	高屏分區：41,498,925
	東區分區：4,573,350	東區分區：32,576	東區分區：4,540,774
	小 計：326,451,178	小 計：6,753,513	小 計：319,697,665

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝319,697,665

第2季：	113年醫令點數(U2)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	臺北分區：87,961,466	臺北分區：1,983,995	臺北分區：85,977,471
	北區分區：52,843,654	北區分區：304,449	北區分區：52,539,205
	中區分區：69,454,154	中區分區：2,777,618	中區分區：66,676,536
	南區分區：53,695,548	南區分區：1,032,820	南區分區：52,662,728
	高屏分區：43,950,525	高屏分區：103,174	高屏分區：43,847,351
	東區分區：4,090,033	東區分區：47,082	東區分區：4,042,951
	小 計：311,995,380	小 計：6,249,138	小 計：305,746,242

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝305,746,242

第3季：	113年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：77,527,603	臺北分區：1,767,015	臺北分區：75,760,588
	北區分區：47,488,054	北區分區：327,194	北區分區：47,160,860
	中區分區：64,756,423	中區分區：2,928,816	中區分區：61,827,607
	南區分區：47,683,083	南區分區：911,899	南區分區：46,771,184
	高屏分區：39,496,683	高屏分區：85,980	高屏分區：39,410,703
	東區分區：3,901,299	東區分區：52,856	東區分區：3,848,443
	小 計：280,853,145	小 計：6,073,760	小 計：274,779,385

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝274,779,385

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/19

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 20

第4季：	113年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小 計：0	小 計：0	小 計：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

全 年：	113年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4)：
	臺北分區：263,699,475	臺北分區：6,173,201	臺北分區：257,526,274
	北區分區：158,502,604	北區分區：857,851	北區分區：157,644,753
	中區分區：207,431,555	中區分區：8,382,333	中區分區：199,049,222
	南區分區：152,067,222	南區分區：3,253,326	南區分區：148,813,896
	高屏分區：125,034,165	高屏分區：277,186	高屏分區：124,756,979
	東區分區：12,564,682	東區分區：132,514	東區分區：12,432,168
	小 計：919,299,703	小 計：19,076,411	小 計：900,223,292

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 900,223,292

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 419,776,708

註：

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/19

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 21

(七)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算＝ 258,000,000

第1季:

預算＝258,000,000/4＝ 64,500,000

已支用點數： 38,125,150 (傳票日期：113年7月11日前核付)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 38,125,150

未支用金額 ＝第1季預算－暫結金額
＝ 26,374,850

第2季:

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

已支用點數： 42,141,100 (傳票日期：113年10月22日前核付)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 42,141,100

未支用金額 ＝第2季預算－暫結金額
＝ 48,733,750

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 48,733,750＝113,233,750

已支用點數： 40,994,600

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 40,994,600

未支用金額 ＝第3季預算－暫結金額
＝ 72,239,150

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝258,000,000/4＋ 72,239,150＝136,739,150

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
＝ 136,739,150

全年合計:

全年預算＝258,000,000

已支用點數：121,260,850

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 38,125,150＋ 42,141,100＋ 40,994,600＋ 0＝ 121,260,850

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝258,000,000－ 121,260,850＝ 136,739,150

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

=====

(八)基層診所產婦生產補助試辦計畫 全年預算＝ 50,000,000

第1季

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： 9,575,970

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 9,575,970

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝ 15,424,030

第3季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 15,424,030＝ 27,924,030

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
＝ 27,924,030

第4季

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000 / 4＋ 27,924,030＝ 40,424,030

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
＝ 40,424,030

全年合計

全年預算＝ 50,000,000

已支用點數： 9,575,970

暫結金額＝ 0＋ 9,575,970＋ 0＋ 0＝ 9,575,970

未支用金額＝ 50,000,000－ 9,575,970＝ 40,424,030

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

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

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數(X2)

門診第1季已支用點數：	375,668	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	375,668
第2季已支用點數：	405,116	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	405,116
第3季已支用點數：	420,552	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	420,552
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：	1,201,336	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,201,336

1.2 藥品給付協議(Y2)

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

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	375,668	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	375,668
第2季已支用金額：	405,116	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	405,116
第3季已支用金額：	420,552	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	420,552
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：	1,201,336	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	1,201,336

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 = 1,201,336 - 0
 = 1,201,336

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：	375,668	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	375,668
第2季已支用點數：	405,116	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	405,116
第3季已支用點數：	420,552	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	420,552
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：	1,201,336	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	1,201,336

4.2 藥品給付協議(Y4)

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

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	375,668	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	375,668
第2季已支用金額：	405,116	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	405,116
第3季已支用金額：	420,552	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	420,552
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：	1,201,336	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	1,201,336

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 1,201,336 & &= 30,000,000 - (1,201,336 - 0) \\
 & & &= 30,000,000 - 1,201,336 \\
 & & &= 28,798,664
 \end{aligned}$$

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

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

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

1. 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	4,593,820	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	4,593,820
第2季已支用點數：	4,837,080	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,837,080
第3季已支用點數：	4,713,210	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	4,713,210
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：	14,144,110	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	14,144,110

2. 藥品給付協議(Y5)

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

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	4,593,820	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	4,593,820
第2季已支用金額：	4,837,080	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	4,837,080
第3季已支用金額：	4,713,210	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	4,713,210
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：	14,144,110	全 年已支用金額：	0	全 年已支用金額：	14,144,110

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 14,144,110

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 30,000,000 - (14,144,110 - 0)
= 30,000,000 - 14,144,110
= 15,855,890

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

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

=====

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

1. 罕見疾病

第1季已支用點數：407,844

第2季已支用點數：399,940

第3季已支用點數：469,678

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：1,277,462

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,277,462

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：63,852

第2季已支用點數：68,495

第3季已支用點數：64,137

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：196,484

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 196,484

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)：471,696

第2季已支用點數(BQ_q2)：468,435

第3季已支用點數(BQ_q3)：533,815

第4季已支用點數(BQ_q4)：0

全年已支用點數：1,473,946

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,473,946

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 9,526,054

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

=====

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

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

第1季已支用金額： 41,157,982

第2季已支用金額： 42,376,488

第3季已支用金額： 41,391,346

第4季已支用金額： 0

結算金額＝ 124,925,816

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

(十三)網路頻寬補助費用 全年預算＝ 253,000,000

第1季已支用點數： 55,797,477

第2季已支用點數： 56,190,799

第3季已支用點數： 56,371,831

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 168,360,107

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 168,360,107

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 253,000,000－168,360,107＝ 84,639,893

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

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

第1季

預算＝ 9,700,000 / 4＝ 2,425,000

已支用點數： 1,169,000

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 1,169,000

未支用金額＝第1季預算－暫結金額

＝ 1,256,000

第2季

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

已支用點數： 1,302,000

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數

＝ 1,302,000

未支用金額＝第2季預算－暫結金額

＝ 2,379,000

=====

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 9,700,000 / 4 + 2,379,000 = 4,804,000

已支用點數： 1,470,900

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,470,900

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 3,333,100

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 9,700,000 / 4 + 3,333,100 = 5,758,100

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
= 5,758,100

全年合計

全年預算 = 9,700,000

已支用點數 = 3,941,900

暫結金額 = 1,169,000 + 1,302,000 + 1,470,900 + 0 = 3,941,900

未支用金額 = 9,700,000 - 3,941,900 = 5,758,100

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：	9,789,379	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,789,379
第2季已支用點數：	9,750,365	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,750,365
第3季已支用點數：	10,611,893	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,611,893
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：	30,151,637	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	30,151,637

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：	9,789,379	住診第1季已支用金額：	0	門住診合計第1季已支用金額：	9,789,379
第2季已支用金額：	9,750,365	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	9,750,365
第3季已支用金額：	10,611,893	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	10,611,893
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：	30,151,637	全年已支用金額：	0	全年已支用金額：	30,151,637

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\
 &= 30,151,637 & &= 100,000,000 - (30,151,637 - 0) \\
 & & &= 100,000,000 - 30,151,637 \\
 & & &= 69,848,363
 \end{aligned}$$

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

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

(十六)因應長新冠照護衍生費 全年預算= 10,000,000

第1季:

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

第2季:

$$\begin{aligned}
 \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000/4 + 0 = 2,500,000 \\
 \text{已支用點數(BR_q2)} &: 278,115,676 \\
 \text{原暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 278,115,676 \\
 \text{若當季可支用預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，結算金額為當季預算} &= 2,500,000 \\
 \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{實際暫結金額} = 2,500,000 - 2,500,000 = 0
 \end{aligned}$$

=====

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 0＝ 2,500,000

已支用點數(BR_q3)： 307,338,568

原暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 307,338,568

若當季可支用預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，結算金額為當季預算＝ 2,500,000

未支用金額＝第3季預算－實際暫結金額＝ 2,500,000－2,500,000＝ 0

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 0＝ 2,500,000

已支用點數(BR_q4)： 0

原暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

結算金額＝ 0

未支用金額＝第4季預算－實際暫結金額＝ 2,500,000－0＝ 2,500,000

全年合計:

全年預算＝ 10,000,000

已支用點數： 856,457,574

實際暫結金額＝第1~4季實際暫結金額＝ 2,500,000＋2,500,000＋2,500,000＋0＝ 7,500,000

結算金額＝ 2,500,000＋2,500,000＋2,500,000＋0＝ 7,500,000

未支用金額＝全年預算－實際暫結金額＝ 10,000,000－7,500,000＝ 2,500,000

註:

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

(十七) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算)

全年預算= 1,000,000,000

第1季已支用點數(BT_q1): 65,362,113

第2季已支用點數(BT_q2): 68,048,371

第3季已支用點數(BT_q3): 73,856,516

第4季已支用點數(BT_q4): 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 207,267,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 207,267,000 = 792,733,000

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

(十八) 癌症治療品質改善計畫

全年預算= 93,000,000

第1季:

預算= 93,000,000/4= 23,250,000

已支用點數: 18,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 18,400

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 23,231,600

第2季:

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

已支用點數: 1,493,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,493,500

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 44,988,100

第3季:

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 93,000,000/4+ 44,988,100 = 68,238,100

已支用點數: 1,120,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 1,120,600

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 67,117,500

第4季:

預算= 當季預算+ 前一季未支用金額 = 93,000,000/4+ 67,117,500 = 90,367,500

已支用點數: 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 90,367,500

全年合計:

全年預算= 93,000,000

已支用點數: 2,632,500

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 18,400 + 1,493,500 + 1,120,600 + 0 = 2,632,500

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 93,000,000 - 2,632,500 = 90,367,500

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

(十九) 慢性傳染病照護品質計畫 全年預算＝ 20,000,000

第1季：

預算＝ 20,000,000/4＝ 5,000,000	
已支用點數： 1,888,501	
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
＝ 1,888,501	＝ 3,111,499

第2季：

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 3,111,499＝ 8,111,499	
已支用點數： 4,596,967	
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
＝ 4,596,967	＝ 3,514,532

第3季：

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 3,514,532＝ 8,514,532	
已支用點數： 4,047,850	
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
＝ 4,047,850	＝ 4,466,682

第4季：

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋ 4,466,682＝ 9,466,682	
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	＝ 9,466,682

全年合計：

全年預算＝ 20,000,000	
已支用點數： 10,533,318	
暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 1,888,501＋ 4,596,967＋ 4,047,850＋ 0＝ 10,533,318	
未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 20,000,000－ 10,533,318＝ 9,466,682	

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

(二十)品質保證保留款(另行結算)

$\text{=106年編列之品質保證保留款預算} + 113\text{年編列之品質保證保留款預算}$
 $\text{=}(105\text{年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口預估成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款成長率}(0.10\%) + 126,200,000$
 $\text{=}(25,962,850,528 + 138,136,588) \times 0.10\% + (26,106,839,548 + 102,634,233) \times 0.10\% + (25,493,164,265 + 109,992,542) \times 0.10\%$
 $\quad + (27,219,306,870 + 78,935,917) \times 0.10\% + 126,200,000$
 $\text{= } 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 126,200,000$
 $\text{= } 231,411,861$

	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. 113年編列之品質保證保留款預算	31,550,000	31,550,000	31,550,000	31,550,000	126,200,000
3. 合計	57,650,987	57,759,474	57,153,157	58,848,243	231,411,861

※衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與113年度之品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。

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

第1季：

原預算＝ 800,000,000/4＝ 200,000,000

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

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

結算金額＝ 141,372,625

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

=====

第2季：

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

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(KC)	140,223,550	140,223,550	140,223,550
(4)合計	140,223,550	140,223,550	140,223,550

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 140,223,550 = 140,223,550

結算金額 = 140,223,550

未支用金額＝第2季原預算－結算金額 = 258,627,375 - 140,223,550 = 118,403,825

第3季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 800,000,000/4 + 118,403,825 = 318,403,825

	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)	141,108,918	141,108,918	141,108,918
(4)合計	141,108,918	141,108,918	141,108,918

暫結金額(LA+LB+LC) = 0 + 0 + 141,108,918 = 141,108,918

結算金額 = 141,108,918

未支用金額＝第3季原預算－結算金額 = 318,403,825 - 141,108,918 = 177,294,907

第4季：

原預算＝當季原預算＋前一季未支用金額＝ 800,000,000/4 + 177,294,907 = 377,294,907

	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 = 377,294,907 - 0 = 377,294,907

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)	422,705,093	422,705,093	422,705,093
(4)合計	422,705,093	422,705,093	422,705,093

暫結金額(NA+NB+NC)＝ 0 + 0 + 422,705,093＝ 422,705,093

「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＝ 141,372,625 + 140,223,550 + 141,108,918 + 0＝ 422,705,093

未支用金額＝全年預算－結算金額＝ 800,000,000 - 422,705,093＝ 377,294,907

註：

- 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，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)113年第3季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
季別	113Q3	113Q3	108Q3	109Q3	110Q3	111Q3	113Q3	113Q3	108Q3	109Q3	110Q3	111Q3	113Q3
權重			25%	25%	25%	25%			25%	25%	25%	25%	
臺北分區	0.37120	0.33020	0.32915	0.33179	0.33276	0.32708	0.36710	0.91959	0.91653	0.92698	0.90764	0.92721	0.33734
北區分區	0.15922	0.16273	0.16021	0.16045	0.16397	0.16630	0.15957	1.06509	1.06947	1.06124	1.07127	1.05837	0.16983
中區分區	0.17794	0.18618	0.18668	0.18567	0.18590	0.18646	0.17876	1.03085	1.04546	1.02904	1.04179	1.00712	0.18414
南區分區	0.13006	0.13857	0.13936	0.13940	0.13726	0.13824	0.13091	1.02213	1.02054	1.01654	1.02960	1.02182	0.13371
高屏分區	0.14151	0.15686	0.15903	0.15641	0.15493	0.15707	0.14305	1.09870	1.09100	1.09090	1.10167	1.11124	0.15706
東區分區	0.02007	0.02546	0.02557	0.02628	0.02518	0.02485	0.02061	0.86988	0.86554	0.86830	0.86994	0.87573	0.01792
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)113年第3季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 69% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+31% × 西醫基層89年第3季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	=	31,870,164,532 × (69% × 0.33734(R)+ 31% × 0.32914(S))	=	10,670,067,345
北區分區一般服務預算總額	=	31,870,164,532 × (69% × 0.16983(R)+ 31% × 0.12503(S))	=	4,969,897,197
中區分區一般服務預算總額	=	31,870,164,532 × (69% × 0.18414(R)+ 31% × 0.18840(S))	=	5,910,659,836
南區分區一般服務預算總額	=	31,870,164,532 × (69% × 0.13371(R)+ 31% × 0.16461(S))	=	4,566,644,006
高屏分區一般服務預算總額	=	31,870,164,532 × (69% × 0.15706(R)+ 31% × 0.16734(S))	=	5,107,091,882
東區分區一般服務預算總額	=	31,870,164,532 × (69% × 0.01792(R)+ 31% × 0.02548(S))	=	645,804,266

總計	31,870,164,532
----	----------------

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/19

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：38

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

111年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之50%列入113年六分區地區預算分配扣除項目。

113年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—1,332,996元；北區分區—652,325元；中區分區—580,124元；

南區分區—25,105,797元；高屏分區—3,380,655元；東區分區—230元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 111年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24902692	0.24958349	0.24286582	0.25852377	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,907,299,995	10,936,978,953	10,670,067,345	0	32,514,346,293
	北區分區	5,074,890,377	5,112,073,583	4,969,897,197	0	15,156,861,157
	中區分區	6,163,794,895	6,072,104,796	5,910,659,836	0	18,146,559,527
	南區分區	4,684,831,713	4,688,769,067	4,566,644,006	0	13,940,244,786
	高屏分區	5,176,800,567	5,143,100,303	5,107,091,882	0	15,426,992,752
	東區分區	648,578,171	662,046,855	645,804,266	0	1,956,429,292
	小計	32,656,195,718	32,615,073,557	31,870,164,532	0	97,141,433,807
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	331,952	332,694	323,739	344,611	1,332,996
(BK)=各分區(應減列金額K)×111年	北區分區	162,446	162,810	158,427	168,642	652,325
各季預算占率(Ra)	中區分區	144,466	144,789	140,892	149,977	580,124
	南區分區	6,252,019	6,265,992	6,097,340	6,490,446	25,105,797
	高屏分區	841,874	843,756	821,046	873,979	3,380,655
	東區分區	57	57	56	60	230
	小計(KS)	7,732,814	7,750,098	7,541,500	8,027,715	31,052,127

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
4. 111年各分區預算占率(Ba) (註2)	臺北分區	0.33116570	0.33325240	0.33170083	0.33239959	
	北區分區	0.15444583	0.15609369	0.15663910	0.15645657	
	中區分區	0.19031648	0.18823242	0.18779559	0.18665150	
	南區分區	0.14462890	0.14444801	0.14365282	0.14401497	
	高屏分區	0.15909638	0.15723512	0.15952127	0.16027026	
	東區分區	0.02034671	0.02073836	0.02069039	0.02020711	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	
5. 各分區應回補查處追扣金額 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×111年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	2,560,843	2,582,739	2,501,522	2,668,409	10,313,513
	北區分區	1,194,301	1,209,741	1,181,294	1,255,989	4,841,325
	中區分區	1,471,682	1,458,820	1,416,260	1,498,385	5,845,147
	南區分區	1,118,388	1,119,486	1,083,358	1,156,111	4,477,343
	高屏分區	1,230,263	1,218,588	1,203,030	1,286,604	4,938,485
	東區分區	157,337	160,724	156,036	162,217	636,314
	小計	7,732,814	7,750,098	7,541,500	8,027,715	31,052,127
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,909,528,886	10,939,228,998	10,672,245,128	0	32,521,003,012
	北區分區	5,075,922,232	5,113,120,514	4,970,920,064	0	15,159,962,810
	中區分區	6,165,122,111	6,073,418,827	5,911,935,204	0	18,150,476,142
	南區分區	4,679,698,082	4,683,622,561	4,561,630,024	0	13,924,950,667
	高屏分區	5,177,188,956	5,143,475,135	5,107,473,866	0	15,428,137,957
	東區分區	648,735,451	662,207,522	645,960,246	0	1,956,903,219
	小計	32,656,195,718	32,615,073,557	31,870,164,532	0	97,141,433,807

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
7. 各分區強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額 (1元/點×BW)(註3)	臺北分區	95,788,215	85,977,471	75,760,588	0	257,526,274
	北區分區	57,944,688	52,539,205	47,160,860	0	157,644,753
	中區分區	70,545,079	66,676,536	61,827,607	0	199,049,222
	南區分區	49,379,984	52,662,728	46,771,184	0	148,813,896
	高屏分區	41,498,925	43,847,351	39,410,703	0	124,756,979
	東區分區	4,540,774	4,042,951	3,848,443	0	12,432,168
	小計	319,697,665	305,746,242	274,779,385	0	900,223,292
		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
8. 調整強化基層照護能力及「開放表別」後分區一般服務預算 總額(BD3)=BD2+BW	臺北分區	11,005,317,101	11,025,206,469	10,748,005,716	0	32,778,529,286
	北區分區	5,133,866,920	5,165,659,719	5,018,080,924	0	15,317,607,563
	中區分區	6,235,667,190	6,140,095,363	5,973,762,811	0	18,349,525,364
	南區分區	4,729,078,066	4,736,285,289	4,608,401,208	0	14,073,764,563
	高屏分區	5,218,687,881	5,187,322,486	5,146,884,569	0	15,552,894,936
	東區分區	653,276,225	666,250,473	649,808,689	0	1,969,335,387
	小計	32,975,893,383	32,920,819,799	32,144,943,917	0	98,041,657,099
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	133,943	117,987	138,889	0	390,819
	北區分區	42,384	48,970	39,882	0	131,236
	中區分區	83,950	98,919	131,105	0	313,974
	南區分區	89,499	81,569	89,201	0	260,269
	高屏分區	114,682	114,246	123,124	0	352,052
	東區分區	7,238	6,744	11,614	0	25,596
	小計	471,696	468,435	533,815	0	1,473,946

程式代號：rgbi3308r03

113年第 3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:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

列印日期：114/02/19

頁 次： 41

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	臺北分區	11,005,451,044	11,025,324,456	10,748,144,605	0	32,778,920,105
及後天免疫缺乏症候群照護衍生	北區分區	5,133,909,304	5,165,708,689	5,018,120,806	0	15,317,738,799
費用」後分區一般服務預算總額	中區分區	6,235,751,140	6,140,194,282	5,973,893,916	0	18,349,839,338
(BD4)=BD3+BX	南區分區	4,729,167,565	4,736,366,858	4,608,490,409	0	14,074,024,832
	高屏分區	5,218,802,563	5,187,436,732	5,147,007,693	0	15,553,246,988
	東區分區	653,283,463	666,257,217	649,820,303	0	1,969,360,983
	小計	32,976,365,079	32,921,288,234	32,145,477,732	0	98,043,131,045
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
11. 各分區「因應長新冠照護衍生費	臺北分區	83,921,270	82,599,963	87,168,053	0	253,689,286
用」(BR1=1元/點×BR)(註3)	北區分區	50,507,062	45,595,686	52,960,779	0	149,063,527
	中區分區	54,273,621	44,512,264	60,599,310	0	159,385,195
	南區分區	31,947,290	40,590,758	41,400,638	0	113,938,686
	高屏分區	46,544,969	60,863,443	59,129,091	0	166,537,503
	東區分區	3,809,118	3,953,562	6,080,697	0	13,843,377
	小計	271,003,330	278,115,676	307,338,568	0	856,457,574

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BR2_q1)	(BR2_q2)	(BR2_q3)	(BR2_q4)	(加總BR2)
12. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」之比例 (BR2)=BR1/加總BR1(註3)	臺北分區	30.966878%	29.699859%	28.362224%	0.000000%	
	北區分區	18.637063%	16.394504%	17.232064%	0.000000%	
	中區分區	20.026920%	16.004946%	19.717444%	0.000000%	
	南區分區	11.788523%	14.594919%	13.470694%	0.000000%	
	高屏分區	17.175054%	21.884219%	19.239073%	0.000000%	
	東區分區	1.405562%	1.421553%	1.978501%	0.000000%	
	小計	100.000000%	100.000000%	100.000000%	0.000000%	
13. 「因應長新冠照護衍生費用」預算 (BR3)		2,500,000	2,500,000	2,500,000	0	7,500,000
		(BR_q1)	(BR_q2)	(BR_q3)	(BR_q4)	(加總BR)
14. 調整「因應長新冠照護衍生費用」 (BR)=BR2 ×BR3	臺北分區	774,172	742,496	709,056	0	2,225,724
	北區分區	465,927	409,863	430,802	0	1,306,592
	中區分區	500,673	400,124	492,936	0	1,393,733
	南區分區	294,713	364,873	336,767	0	996,353
	高屏分區	429,376	547,105	480,977	0	1,457,458
	東區分區	35,139	35,539	49,462	0	120,140
	小計	2,500,000	2,500,000	2,500,000	0	7,500,000
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
15. 各分區「因應長新冠照護衍生費用」後分區一般服務預算總額 (BD5)=BD4+BR	臺北分區	11,006,225,216	11,026,066,952	10,748,853,661	0	32,781,145,829
	北區分區	5,134,375,231	5,166,118,552	5,018,551,608	0	15,319,045,391
	中區分區	6,236,251,813	6,140,594,406	5,974,386,852	0	18,351,233,071
	南區分區	4,729,462,278	4,736,731,731	4,608,827,176	0	14,075,021,185
	高屏分區	5,219,231,939	5,187,983,837	5,147,488,670	0	15,554,704,446
	東區分區	653,318,602	666,292,756	649,869,765	0	1,969,481,123
	小計	32,978,865,079	32,923,788,234	32,147,977,732	0	98,050,631,045

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BT_q1)	(BT_q2)	(BT_q3)	(BT_q4)	(加總BT)
16. 各分區「促進醫療服務診療項目支付衡平性」(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(BU=1元/點×BT)(註3)	臺北分區	26,992,801	26,694,569	28,483,904	0	82,171,274
	北區分區	11,113,695	11,425,208	12,788,114	0	35,327,017
	中區分區	10,210,552	11,464,652	13,099,345	0	34,774,549
	南區分區	11,519,248	12,597,616	13,166,571	0	37,283,435
	高屏分區	5,307,183	5,605,380	5,983,009	0	16,895,572
	東區分區	218,634	260,946	335,573	0	815,153
	小計	65,362,113	68,048,371	73,856,516	0	207,267,000
		(BD6_q1)	(BD6_q2)	(BD6_q3)	(BD6_q4)	(加總BD6)
17. 各分區「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼」後分區一般服務預算總額(BD6)=BD5+BU	臺北分區	11,033,218,017	11,052,761,521	10,777,337,565	0	32,863,317,103
	北區分區	5,145,488,926	5,177,543,760	5,031,339,722	0	15,354,372,408
	中區分區	6,246,462,365	6,152,059,058	5,987,486,197	0	18,386,007,620
	南區分區	4,740,981,526	4,749,329,347	4,621,993,747	0	14,112,304,620
	高屏分區	5,224,539,122	5,193,589,217	5,153,471,679	0	15,571,600,018
	東區分區	653,537,236	666,553,702	650,205,338	0	1,970,296,276
	小計	33,044,227,192	32,991,836,605	32,221,834,248	0	98,257,898,045
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
18. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ1=1元/點×LC)(註4)	臺北分區	36,399,233	36,445,698	37,562,123	0	110,407,054
	北區分區	24,571,973	24,178,939	24,692,846	0	73,443,758
	中區分區	27,185,148	26,991,242	28,239,510	0	82,415,900
	南區分區	27,842,700	28,725,226	27,768,203	0	84,336,129
	高屏分區	22,668,850	21,376,712	20,155,678	0	64,201,240
	東區分區	2,704,721	2,505,733	2,690,558	0	7,901,012
	小計	141,372,625	140,223,550	141,108,918	0	422,705,093

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD7_q1)	(BD7_q2)	(BD7_q3)	(BD7_q4)	(加總BD7)
19. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額 (BD7)=BD6+BZ	臺北分區	11,069,617,250	11,089,207,219	10,814,899,688	0	32,973,724,157
	北區分區	5,170,060,899	5,201,722,699	5,056,032,568	0	15,427,816,166
	中區分區	6,273,647,513	6,179,050,300	6,015,725,707	0	18,468,423,520
	南區分區	4,768,824,226	4,778,054,573	4,649,761,950	0	14,196,640,749
	高屏分區	5,247,207,972	5,214,965,929	5,173,627,357	0	15,635,801,258
	東區分區	656,241,957	669,059,435	652,895,896	0	1,978,197,288
	小計	33,185,599,817	33,132,060,155	32,362,943,166	0	98,680,603,138
		(BS_q1)	(BS_q2)	(BS_q3)	(BS_q4)	(加總BS)
20. 各分區「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」 (BS=1元/點×BS)(註5)	臺北分區	54,990,684	44,189,052	47,961,804	0	147,141,540
	北區分區	26,611,728	20,807,316	22,934,436	0	70,353,480
	中區分區	33,802,740	26,239,524	28,043,328	0	88,085,592
	南區分區	26,344,236	22,110,216	23,323,380	0	71,777,832
	高屏分區	32,112,408	26,254,380	28,448,184	0	86,814,972
	東區分區	2,839,044	2,220,360	2,409,684	0	7,469,088
	小計	176,700,840	141,820,848	153,120,816	0	471,642,504
		(BD8_q1)	(BD8_q2)	(BD8_q3)	(BD8_q4)	(加總BD8)
21. 調整「因應基層照護人力需求，提高1~30人次診察費」後分區一般服務預算總額 (BD8)=BD7+BS	臺北分區	11,124,607,934	11,133,396,271	10,862,861,492	0	33,120,865,697
	北區分區	5,196,672,627	5,222,530,015	5,078,967,004	0	15,498,169,646
	中區分區	6,307,450,253	6,205,289,824	6,043,769,035	0	18,556,509,112
	南區分區	4,795,168,462	4,800,164,789	4,673,085,330	0	14,268,418,581
	高屏分區	5,279,320,380	5,241,220,309	5,202,075,541	0	15,722,616,230
	東區分區	659,081,001	671,279,795	655,305,580	0	1,985,666,376
	小計	33,362,300,657	33,273,881,003	32,516,063,982	0	99,152,245,642

=====

註：

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

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	7,449,891,894(BF)	0.83838606	-----	2,529,473,227	483,557
	2-北區分區	765,032,541	0.83838606	641,392,618	281,899,373	
	3-中區分區	446,548,217	0.83838606	374,379,800	163,396,321	
	4-南區分區	285,396,635	0.83838606	239,272,560	112,575,519	
	5-高屏分區	370,737,423	0.83838606	310,821,087	143,000,514	
	6-東區分區	45,145,753	0.83838606	37,849,570	22,672,628	
	7-合計	9,362,752,463(GF)		1,603,715,635(AF)	3,253,017,582(BG)	483,557(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	461,716,364	0.88818896	410,091,377	160,961,749	
	2-北區分區	3,259,272,983(BF)	0.88818896	-----	1,276,023,751	483,492
	3-中區分區	193,764,885	0.88818896	172,099,832	76,314,809	
	4-南區分區	139,731,909	0.88818896	124,108,339	51,417,969	
	5-高屏分區	81,447,970	0.88818896	72,341,188	33,894,535	
	6-東區分區	11,660,970	0.88818896	10,357,145	6,295,694	
	7-合計	4,147,595,081(GF)		788,997,881(AF)	1,604,908,507(BG)	483,492(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	142,972,388	0.90172034	128,921,110	49,849,103	
	2-北區分區	96,679,414	0.90172034	87,177,794	39,755,051	
	3-中區分區	4,357,988,406(BF)	0.90172034	-----	1,721,222,897	586,194
	4-南區分區	105,310,248	0.90172034	94,960,393	41,791,434	
	5-高屏分區	67,127,602	0.90172034	60,530,324	27,119,490	
	6-東區分區	7,244,947	0.90172034	6,532,916	3,959,650	
	7-合計	4,777,323,005(GF)		378,122,537(AF)	1,883,697,625(BG)	586,194(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	132,591,362	0.94016739	124,658,075	49,015,381	
	2-北區分區	58,982,966	0.94016739	55,453,861	24,464,171	
	3-中區分區	128,268,743	0.94016739	120,594,089	52,137,259	
	4-南區分區	3,027,798,805(BF)	0.94016739	-----	1,301,259,889	479,212
	5-高屏分區	155,783,381	0.94016739	146,462,455	66,180,357	
	6-東區分區	5,747,678	0.94016739	5,403,779	2,996,053	
	7-合計	3,509,172,935(GF)		452,572,259(AF)	1,496,053,110(BG)	479,212(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	84,343,376	0.90301868	76,163,644	29,331,972	
	2-北區分區	43,942,073	0.90301868	39,680,513	17,347,907	
	3-中區分區	69,189,201	0.90301868	62,479,141	27,981,448	
	4-南區分區	158,049,722	0.90301868	142,721,851	66,111,029	
	5-高屏分區	3,559,455,598(BF)	0.90301868	-----	1,558,526,720	187,742
	6-東區分區	8,855,460	0.90301868	7,996,646	4,640,335	
	7-合計	3,923,835,430(GF)		329,041,795(AF)	1,703,939,411(BG)	187,742(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	31,928,589	1.05904354	33,813,766	11,936,854	
	2-北區分區	13,611,809	1.05904354	14,415,498	6,041,158	
	3-中區分區	10,973,054	1.05904354	11,620,942	4,671,988	
	4-南區分區	13,394,147	1.05904354	14,184,985	2,792,918	
	5-高屏分區	12,727,397	1.05904354	13,478,868	5,884,617	
	6-東區分區	363,857,462(BF)	1.05904354	-----	196,408,599	103,262
	7-合計	446,492,458(GF)		87,514,059(AF)	227,736,134(BG)	103,262(BJ)

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

1. 一般服務分區浮動每點支付金額
= [分區一般服務預算總額(BD8)
— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季投保分區浮動點值(AF)
— (投保該分區核定非浮動點數(BG)－ 藥品給付協議) — 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
- 臺北分區=[10,862,861,492－ 1,603,715,635－(3,253,017,582－ 17,313,474)－ 483,557]／ 7,449,891,894＝ 0.80846250
北區分區=[5,078,967,004－ 788,997,881－(1,604,908,507－ 11,126,080)－ 483,492]／ 3,259,272,983＝ 0.82708727(點值排序：5)
中區分區=[6,043,769,035－ 378,122,537－(1,883,697,625－ 13,946,664)－ 586,194]／ 4,357,988,406＝ 0.87088560(點值排序：4)
南區分區=[4,673,085,330－ 452,572,259－(1,496,053,110－ 8,897,133)－ 479,212]／ 3,027,798,805＝ 0.90259560(點值排序：2)
高屏分區=[5,202,075,541－ 329,041,795－(1,703,939,411－ 13,028,061)－ 187,742]／ 3,559,455,598＝ 0.89393857(點值排序：3)
東區分區=[655,305,580－ 87,514,059－(227,736,134－ 1,201,279)－ 103,262]／ 363,857,462＝ 0.93760178(點值排序：1)
2. 五分區一般服務浮動每點支付金額
= 加總五分區[一般服務預算總額(BD8)
— (核定非浮動點數(BG)－ 藥品給付協議)
— 自墊核退點數(BJ)]／ 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)

=[21,653,202,490－(6,916,334,787－ 48,199,217)－ 1,839,902]／ 16,804,418,909＝ 0.87972260(P)
3. 撥補保障東區至每點1元之預算
= 1×投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
+投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數×前季投保分區浮動點值(AF)
+投保該分區核定非浮動點數(BG)－ 藥品給付協議 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)－ 分區一般服務預算總額(BD8)

= 22,704,058
4. R值占率前進而減少預算分區之減少費用

分區	113年第3季 R值前進1% 各分區預算	113年第3季 原R值占率(68%) 分配各分區預算	R值占率前進 而減少預算分區 之減少費用
	R_DOT1=(BD1)	R_DOT2= D1×(68%×R +32%×S)	R_DOT= R_DOT2- R_DOT1
臺北分區	10,670,067,345	10,667,453,991	-
北區分區	4,969,897,197	4,955,619,364	0
中區分區	5,910,659,836	5,912,017,505	1,357,669
南區分區	4,566,644,006	4,576,491,886	9,847,880
高屏分區	5,107,091,882	5,110,368,135	3,276,253
東區分區	645,804,266	648,213,651	2,409,385
合計	31,870,164,532	31,870,164,532	16,891,187

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

分區	分區 一般服務 預算總額	當季風險調整 移撥款撥補 臺北區之預算	當季風險調整 移撥款 (其他五分區) 地區之預算	撥補保障 東區至每點 1元之預算	撥補因R值占率 前進而減少預算 分區之預算	風險調整移 撥款撥補後 分區一般服務 預算	風險調整移撥款 撥補後四分區 估算浮動點值
	(BD8)	(F2)	(F3) (註1)	(F4) (註2)	(F5)= R_DOT (註2)	(BD9)=(BD8) +(F2)+(F4)+(F5)	(Z2)
臺北	10,862,861,492	72,925,137		-	-	10,935,786,629	0.81825125
北區	5,078,967,004			-	0	5,078,967,004	0.82708727 (點值排序：4)
中區	6,043,769,035			-	1,357,669	6,045,126,704	0.87119713 (點值排序：3)
南區	4,673,085,330			-	9,847,880	4,682,933,210	0.90584809 (點值排序：1)
高屏	5,202,075,541			-	3,276,253	5,205,351,794	0.89485901 (點值排序：2)
東區	655,305,580			22,704,058	2,409,385	680,419,023	1.00662178
合計	32,516,063,982	72,925,137	72,925,137	22,704,058	16,891,187	32,628,584,364	

分區	當季風險調整 移撥款撥補點值 落後地區之預算	依排序占率撥補點 值落後地區撥補比率 至點值落後地區	依排序占率調整 移撥款後分區 一般服務預算總額	依排序占率移撥 後一般服務浮動 每點支付金額	風險調整移撥款 撥補未支用金額	風險調整移撥款 撥補未支用金額	修正後 分區一般 服務預算	修正後 一般服務浮動 每點支付金額
	(F6) = 加總F3-加總F4 -加總F5	(F7)	(BD10) =(BD9)+F7	Z3	F8 = F2+F4+F5 +F7	T1 = F2+F3-F8	(BD11) =(BD8)+F8 =(BD9)+F7	Z4
臺北			10,935,786,629		72,925,137	0	10,935,786,629	0.81825125
北區		23,330,924	5,102,297,928	0.83424559(點值排序：4)	23,330,924	0	5,102,297,928	0.83424559
中區		9,998,968	6,055,125,672	0.87349153(點值排序：3)	11,356,637	0	6,055,125,672	0.87349153
南區		0	4,682,933,210	0.90584809(點值排序：1)	9,847,880	0	4,682,933,210	0.90584809
高屏		0	5,205,351,794	0.89485901(點值排序：2)	3,276,253	0	5,205,351,794	0.89485901
東區			680,419,023		25,113,443	0	680,419,023	1.00662178
合計	33,329,892	33,329,892	32,661,914,256		145,850,274	0	32,661,914,256	

註：

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

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

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

1. 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=[10,935,786,629 + 260,508 — 1,603,715,635 — (3,253,017,582 — 17,313,474) — 483,557]／ 7,449,891,894 = 0.81828621

北區分區=[5,102,297,928 + 3,144,422 — 788,997,881 — (1,604,908,507 — 11,126,080) — 483,492]／ 3,259,272,983 = 0.83521036

中區分區=[6,055,125,672 + 2,013,312 — 378,122,537 — (1,883,697,625 — 13,946,664) — 586,194]／ 4,357,988,406 = 0.87395352

南區分區=[4,682,933,210 + 8,837,198 — 452,572,259 — (1,496,053,110 — 8,897,133) — 479,212]／ 3,027,798,805 = 0.90876678

高屏分區=[5,205,351,794 + 8,711,664 — 329,041,795 — (1,703,939,411 — 13,028,061) — 187,742]／ 3,559,455,598 = 0.89730648

東區分區=[680,419,023 + 18,424,242 — 87,514,059 — (227,736,134 — 1,201,279) — 103,262]／ 363,857,462 = 1.05725766

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)

=[32,661,914,256 + 41,391,346 — (10,169,352,369 — 65,512,691) — 2,323,459]／ 26,167,171,372 = 0.86356841

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。

$$\begin{aligned}
& 3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} \\
& \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\
& \quad \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
& \text{臺北分區} = [10,935,786,629 + 260,508] \div [9,362,752,463 + 3,253,017,582 - 17,313,474 + 483,557] = 0.86801326 \\
& \text{北區分區} = [5,102,297,928 + 3,144,422] \div [4,147,595,081 + 1,604,908,507 - 11,126,080 + 483,492] = 0.88916161 \\
& \text{中區分區} = [6,055,125,672 + 2,013,312] \div [4,777,323,005 + 1,883,697,625 - 13,946,664 + 586,194] = 0.91116857 \\
& \text{南區分區} = [4,682,933,210 + 8,837,198] \div [3,509,172,935 + 1,496,053,110 - 8,897,133 + 479,212] = 0.93895349 \\
& \text{高屏分區} = [5,205,351,794 + 8,711,664] \div [3,923,835,430 + 1,703,939,411 - 13,028,061 + 187,742] = 0.92860628 \\
& \text{東區分區} = [680,419,023 + 18,424,242] \div [446,492,458 + 227,736,134 - 1,201,279 + 103,262] = 1.03819867
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& 4. \text{一般服務全區平均點值} \\
& = [32,661,914,256 + 41,391,346] \div [26,167,171,372 + 10,169,352,369 - 65,512,691 + 2,323,459] = 0.90157980
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& 5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)} \\
& \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\
& \quad \div [\text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} \\
& \quad + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)}]] \\
& \text{臺北分區} = [10,935,786,629 + 260,508 + 154,222,129] \div [9,362,752,463 + 3,253,017,582 - 17,313,474 + 483,557 + 124,256,021] = 0.87165749 \\
& \text{北區分區} = [5,102,297,928 + 3,144,422 + 100,728,341] \div [4,147,595,081 + 1,604,908,507 - 11,126,080 + 483,492 + 86,581,628] = 0.89323530 \\
& \text{中區分區} = [6,055,125,672 + 2,013,312 + 119,960,565] \div [4,777,323,005 + 1,883,697,625 - 13,946,664 + 586,194 + 98,519,149] = 0.91564414 \\
& \text{南區分區} = [4,682,933,210 + 8,837,198 + 111,929,267] \div [3,509,172,935 + 1,496,053,110 - 8,897,133 + 479,212 + 96,817,560] = 0.94308062 \\
& \text{高屏分區} = [5,205,351,794 + 8,711,664 + 104,785,557] \div [3,923,835,430 + 1,703,939,411 - 13,028,061 + 187,742 + 87,999,509] = 0.93265133 \\
& \text{東區分區} = [680,419,023 + 18,424,242 + 19,218,987] \div [446,492,458 + 227,736,134 - 1,201,279 + 103,262 + 16,842,611] = 1.04071037 \\
& \text{全區} = [32,661,914,256 + 41,391,346 + 610,844,846] \div [26,167,171,372 + 10,169,352,369 - 65,512,691 + 2,323,459 + 511,016,478] = 0.90566096
\end{aligned}$$

註：

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

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

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

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

*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 + 113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113/06(含)以前:於113/10/01～113/12/31期間核付者。

費用年月113/07～113/09:於113/07/01～113/12/31期間核付者。

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