副本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

241 17
新北市三重區重新路5段609巷6號3樓之3

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866　分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：臺灣醫療暨生技器材工業同業公會

台灣醫療暨生技器材工業同業公會
收 113. 09. 16 文
檔號： 113503

發文日期：中華民國113年9月12日
發文字號：健保醫字第1130664319號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送113年第1季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，相關資料已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年9月4日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第3次研商議事會議決定辦理。

二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。

三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

規定，自113年9月15日起暫付、核付之醫院總額費用依113年第1季點值辦理，並於113年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組
副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 113年調整後第 1 季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝113年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 各季預算占率(h_q1)

＝ 536,227,557,262 × 23.978444%

＝ 128,579,024,531 (D)

註：

1. 依據112年11月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第4次會議決定，113年醫院總額一般服務預算四季重分配，考量110年受疫情影響不列入計算，同意採108-109年及111年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.978444%、第2季24.153531%、第3季25.741161%、第4季26.126864%。醫院總額一般服務各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 113年度全年醫院總額一般服務醫療給付費用總額預算[不含106年品質保證保留款、113年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)及風險調整移撥款]為536,227,557,262元。

(1)113年第1季調整後預算128,579,024,531＝ 536,227,557,262× 23.978444%(h_q1)。

(2)113年第2季調整後預算129,517,889,274＝ 536,227,557,262× 24.153531%(h_q2)。

(3)113年第3季調整後預算138,031,198,841＝ 536,227,557,262× 25.741161%(h_q3)。

(4)113年第4季調整後預算＝　113年全年預算數－　113年第1季調整後預算－　113年第2季調整後預算－　113年第3季調整後預算 ＝ 140,099,444,616。

(二) 113年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額	110年各季校正投保人口預估成長率差值	111年違反特管辦法之扣款(註1)	112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註1)	111年各季校正投保人口預估成長率差值	112年違反特管辦法之扣款(註2)	113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0) ＝(A1＋B1＋B2) ×(1＋3.092%)	(B3)	(B4)	(G) ＝(G0＋B3＋B4) ×(1＋5.388%)
第1季	120,206,848,217	-379,520,331	4,130,740	123,536,647,327	-1,053,915,319	2,851,109	129,085,106,335
第2季	128,644,546,932	-561,210,606	4,130,740	132,047,931,548	-1,417,422,376	2,851,109	137,671,885,733
第3季	125,832,404,965	-583,394,849	4,130,740	129,125,967,971	-1,194,272,948	2,851,109	134,827,659,478
第4季	126,848,322,693	-717,637,079	4,130,741	130,034,904,876	-800,909,033	2,851,109	136,200,128,266
合 計	501,532,122,807	2,241,762,865	16,522,961	514,745,451,722	-4,466,519,676	11,404,436	537,784,779,812

項目	106年品質保證保留款(註3)	113年醫院附設門診部回歸醫院(註4)	113年風險調整移撥款(註5)	113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(G1) ＝(G)－(E)－(F) －(H)
第1季	92,954,852	142,129,898	150,000,000	128,700,021,585
第2季	99,662,029	142,129,898	150,000,000	137,280,093,806
第3季	97,555,436	142,129,898	150,000,000	134,437,974,144
第4季	98,530,640	142,129,899	150,000,000	135,809,467,727
合 計	388,702,957	568,519,593	600,000,000	536,227,557,262

註：

1.112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＝(111年調整前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年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) ×(1＋3.092%)。

(1)依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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111年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會111年第6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及扣除「110年未導入預算扣減」部分。

(2)111年違反特管辦法之扣款(B2) 16,522,961元，採四季均分。

2.113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)＝(112年調整前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(B3) ＋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(B4))×(1＋5.388%)。

(1)一般服務成長率為5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.179%，協商因素成長率1.209%。

(2)依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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年度醫院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及、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及扣除「111年未導入預算扣減」部分(醫院總額111年度未有本項扣減金額)。

(3)112年違反特管辦法之扣款(B4) 11,404,436元，採四季均分。

3.106年品質保證保留款(E)＝(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額＋104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

4.113年其他醫療服務利用及密集度之改變－醫院附設門診部回歸醫院(F)：568,519,593

(1)因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該分區一般服務預算。

(2)113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(＝112年預算539,453,821元×(1＋5.388%)，按四季均分並於一般服務預算先予以扣減，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

(3)113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(＝112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元×(1＋5.388%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算351,622,769元(＝112年南區預算333,645,926元×(1＋5.388%))。

5.風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，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3.887億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。

(三) 113年第1季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」)
＝ (112年第1季醫院門診透析服務預算)×(1＋1.586%)
＝ (5,650,802,746)×(1＋1.586%)
＝ 5,740,424,478
註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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%(總費用45,995.3百萬元)，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) 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算：
全年預算 15百萬元。
＝ 15,000,000/4
＝ 3,750,000 (C1)

註：腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(五) 因應長新冠照護衍生費用之各季預算
全年預算 128.0百萬元。
＝ 128,000,000/4
＝ 32,000,000 (C2)

註：因應長新冠照護衍生費用預算額度為128.0百萬元，本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(六) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增之各季預算
全年預算 500.0百萬元。
＝ 500,000,000/4
＝ 125,000,000 (C3)

註：因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增預算額度為500.0百萬元，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(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)之各季預算
全年預算 2,669,0百萬元。
＝ 2,669,000,000 /4
＝ 667,250,000 (C4)

註：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)預算額度為2,669,0百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

二、專款專用費用總額

（一）暫時性支付(新藥、新特材)　全年預算 ＝ 2,429.9百萬元

1.已支用點數(X1)

門診第1季已支用點數：	3,811,380	住診第1季已支用點數：	983,760	門住診合計第1季已支用點數：	4,795,140
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：	3,811,380	全 年已支用點數：	983,760	全 年已支用點數：	4,795,140

2.藥品給付協議(Y1)

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(T1＝X1－Y1)

門診第1季已支用金額：	3,811,380	住診第1季已支用金額：	983,760	門住診合計第1季已支用金額：	4,795,140
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：	3,811,380	全 年已支用金額：	983,760	全 年已支用金額：	4,795,140

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 4,795,140
未支用金額＝ 全年預算 －(暫結金額 － 全年藥品給付協議)
＝ 2,429,900,000－(4,795,140－ 0)
＝ 2,425,104,860

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) C型肝炎藥費　全年預算 ＝2,224.0百萬元(本項經費得與西醫基層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：	814	門住診合計第1季已支用點數：	814
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：	814	全 年已支用點數：	814

2.全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	396,542,799	住診第1季已支用點數：	2,031,930	門住診合計第1季已支用點數：	398,574,729
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：	396,542,799	全 年已支用點數：	2,031,930	全 年已支用點數：	398,574,729

3.已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	396,542,799	住診第1季已支用點數：	2,032,744	門住診合計第1季已支用點數：	398,575,543
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：	396,542,799	全 年已支用點數：	2,032,744	全 年已支用點數：	398,575,543

4.藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	113,174,733	住診第1季金額：	582,410	門住診合計第1季金額：	113,757,143
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：	113,174,733	全 年金額：	582,410	全 年金額：	113,757,143

5.實際已支用金額(T2＝X2－Y2)

門診第1季已支用金額：	283,368,066	住診第1季已支用金額：	1,450,334	門住診合計第1季已支用金額：	284,818,400
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：	283,368,066	全 年已支用金額：	1,450,334	全 年已支用金額：	284,818,400

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 398,575,543

未支用金額＝ 全年預算 －（ 暫結金額 － 全年藥品給付協議）
＝ 2,224,000,000 －（ 398,575,543－ 113,757,143）
＝ 2,224,000,000 － 284,818,400
＝ 1,939,181,600

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112336189A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C型肝炎藥費專款項目不足之經費」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。

（三）罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材　全年預算 ＝15,108.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1.罕見疾病藥費

1.1已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	2,276,748,929	住診第1季已支用點數：	415,184,025	門住診合計第1季已支用點數：	2,691,932,954
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,276,748,929	全 年已支用點數：	415,184,025	全 年已支用點數：	2,691,932,954

1.2藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	44,251,266	住診第1季金額：	130,728,460	門住診合計第1季金額：	174,979,726
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：	44,251,266	全 年金額：	130,728,460	全 年金額：	174,979,726

1.3實際已支用金額(T3＝X3－Y3)

門診第1季已支用金額：	2,232,497,663	住診第1季已支用金額：	284,455,565	門住診合計第1季已支用金額：	2,516,953,228
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	2,232,497,663	全 年已支用金額：	284,455,565	全 年已支用金額：	2,516,953,228

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝ 2,691,932,954－ 174,979,726
＝ 2,516,953,228

2.血友病藥費

2.1已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	990,297,011	住診第1季已支用點數：	35,020,344	門住診合計第1季已支用點數：	1,025,317,355
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：	990,297,011	全 年已支用點數：	35,020,344	全 年已支用點數：	1,025,317,355

2.2藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	57,566,296	住診第1季金額：	74,423	門住診合計第1季金額：	57,640,719
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：	57,566,296	全 年金額：	74,423	全 年金額：	57,640,719

2.3實際已支用金額(T4＝X4－Y4)

門診第1季已支用金額：	932,730,715	住診第1季已支用金額：	34,945,921	門住診合計第1季已支用金額：	967,676,636
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：	932,730,715	全 年已支用金額：	34,945,921	全 年已支用金額：	967,676,636

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝　1,025,317,355－　57,640,719
＝　967,676,636

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：	140,000	門住診合計第1季已支用點數：	140,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	140,000	全 年已支用點數：	140,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝　140,000

4.合計

4.1已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	3,267,045,940	住診第1季已支用點數：	450,344,369	門住診合計第1季已支用點數：	3,717,390,309
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：	3,267,045,940	全 年已支用點數：	450,344,369	全 年已支用點數：	3,717,390,309

4.2藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	101,817,562	住診第1季金額：	130,802,883	門住診合計第1季金額：	232,620,445
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：	101,817,562	全 年金額：	130,802,883	全 年金額：	232,620,445

4.3實際已支用金額(T5＝X5－Y5)

門診第1季已支用金額：	3,165,228,378	住診第1季已支用金額：	319,541,486	門住診合計第1季已支用金額：	3,484,769,864
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：	3,165,228,378	全 年已支用金額：	319,541,486	全 年已支用金額：	3,484,769,864

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 3,717,390,309

未支用金額＝ 全年預算 －（ 暫結金額 －全年藥品給付協議）
＝ 15,108,000,000 －（ 3,717,390,309－ 232,620,445）
＝ 15,108,000,000 － 3,484,769,864
＝ 11,623,230,136

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112336189A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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費　全年預算 ＝5,580.0百萬元(本項經費得與西醫基層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：	1,110,059,276	住診第1季已支用點數：	216,868	門住診合計第1季已支用點數：	1,110,276,144
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：	1,110,059,276	全 年已支用點數：	216,868	全 年已支用點數：	1,110,276,144

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：	1,110,059,276	住診第1季已支用金額：	216,868	門住診合計第1季已支用金額：	1,110,276,144
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：	1,110,059,276	全 年已支用金額：	216,868	全 年已支用金額：	1,110,276,144

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,110,276,144

未支用金額＝ 全年預算　－(暫結金額　－全年藥品給付協議)
＝ 5,580,000,000　－(1,110,276,144－　0)
＝ 5,580,000,000　－　1,110,276,144
＝ 4,469,723,856

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112336189A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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

（五）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質　全年預算＝5,208.06百萬元

門診第1季已支用點數：	620,801,385	住診第1季已支用點數：	662,301,960	門住診合計第1季已支用點數：	1,283,103,345
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：	620,801,385	全 年已支用點數：	662,301,960	全 年已支用點數：	1,283,103,345

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
＝ 1,283,103,345　　＝ 3,924,956,655

註：如預算不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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。

（六）醫療給付改善方案　全年預算＝1,814.1百萬元

1.乳癌

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×已支用點數 ＝ 0

2.氣喘

門診第1季已支用點數：	14,051,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,051,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	14,051,000	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	14,051,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 14,051,000

3.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

3.1糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

門診第1季已支用點數：	155,816,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	155,816,670
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：	155,816,670	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	155,816,670

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 155,816,670

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	50,876,160	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	50,876,160
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：	50,876,160	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	50,876,160

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 50,876,160

3.3胰島素注射獎勵措施

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×已支用點數 ＝ 0

3.9合計

門診第1季已支用點數：	206,692,830	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	206,692,830
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：	206,692,830	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	206,692,830

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 206,692,830

4.思覺失調症

門診第1季已支用點數：	8,188,875	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,188,875
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：	8,188,875	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	8,188,875

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 8,188,875

5.B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

門診第1季已支用點數：	8,452,430	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,452,430
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：	8,452,430	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	8,452,430

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　8,452,430

6.孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	9,345,300	門住診合計第1季已支用點數：	9,345,300
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：	9,345,300	全 年已支用點數：	9,345,300

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　9,345,300

7.早期療育門診

門診第1季已支用點數：	653,000
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	653,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　653,000

8.慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	8,038,400	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,038,400
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：	8,038,400	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	8,038,400

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　8,038,400

9.提升醫院用藥安全與品質(含抗凝血藥品藥師門診方案)　全年預算＝167百萬元

9.1提升醫院用藥安全與品質方案　全年預算＝147.0百萬元

9.1.1區域級醫院以上重症加護臨床藥事照護費　全年預算＝110.1百萬元

第1季：預算＝110,100,000/4＝ 27,525,000
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　20,148,510　門住診合計已支用點數：　20,148,510

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
＝ 20,148,510　＝ 7,376,490

第2季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 7,376,490＝ 34,901,490
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　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 34,901,490

第3季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 34,901,490＝ 62,426,490
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　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 62,426,490

第4季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋ 62,426,490＝ 89,951,490
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　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝ 0　＝ 89,951,490

全年合計：
全年預算　＝110,100,000
已支用點數：　20,148,510
暫結金額　＝第1~4季暫結金額 ＝　20,148,510＋　0＋　0＋　0＝　20,148,510
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　110,100,000－　20,148,510＝　89,951,490

9.2.1地區醫院藥事照護費　全年預算＝ 36.9百萬元

第1季： 預算＝ 36,900,000/4＝ 9,225,000

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	683,800	0	683,800
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	148,000	148,000
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	83,820	83,820
(9)合計：	683,800	231,820	915,620

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
＝ 915,620　　＝ 8,309,380

第2季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 8,309,380＝ 17,534,380

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 0　　＝ 17,534,380

第3季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 17,534,380＝ 26,759,380

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 0　　＝ 26,759,380

第4季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 26,759,380＝ 35,984,380

	門診已支用點數	住診已支用點數	門住診已支用點數
(1)門診臨床藥事照護費：	0	0	0
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	0	0
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	0	0
(9)合計：	0	0	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　　＝ 35,984,380

全年合計：
全年預算　＝　36,900,000
已支用點數：　915,620
暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　915,620＋　0＋　0＋　0＝　915,620
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　36,900,000－　915,620＝　35,984,380

9.9.1(9.1.1及9.2.1)合計：

門診第1季已支用點數：	683,800	住診第1季已支用點數：	20,380,330	門住診合計第1季已支用點數：	21,064,130
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：	683,800	全 年已支用點數：	20,380,330	全 年已支用點數：	21,064,130

暫結金額　＝　21,064,130
未支用金額 ＝ 全年預算　－　暫結金額
＝ 147,000,000 － 21,064,130
＝ 125,935,870

註：依據113年6月12日醫院總額研商議事會議決議，本方案預算按季均分，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。若全年各預算尚有結餘時，則於年度結束後進行該項預算分配之全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

9.2抗凝血藥品藥師門診方案　全年預算＝ 20百萬元

門診第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

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數：	683,800	住診第1季已支用點數：	20,380,330	門住診合計第1季已支用點數：	21,064,130
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：	683,800	全 年已支用點數：	20,380,330	全 年已支用點數：	21,064,130

暫結金額　＝　21,064,130（如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算）
未支用金額 ＝ 全年預算　－　暫結金額
＝ 167,000,000 － 21,064,130
＝ 145,935,870

10.生物相似性藥品

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　＝　0
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝　0

11.合計

門診第1季已支用點數：	246,760,335	住診第1季已支用點數：	29,725,630	門住診合計第1季已支用點數：	276,485,965
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：	246,760,335	全 年已支用點數：	29,725,630	全 年已支用點數：	276,485,965
門診第1季暫結金額：	246,760,335	住診第1季暫結金額：	29,725,630	門住診合計第1季暫結金額：	276,485,965
第2季暫結金額：	0	第2季暫結金額：	0	第2季暫結金額：	0
第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0
第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0
全 年暫結金額：	246,760,335	全 年暫結金額：	29,725,630	全 年暫結金額：	276,485,965

暫結金額　＝第1~4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
＝　276,485,965＋　0＋　0＋　0
＝　276,485,965
未支用金額 ＝　全年預算　－ 暫結金額
＝　1,814,100,000 －　276,485,965
＝　1,537,614,035

(七)急診品質提升方案　全年預算＝　300百萬元

預估品質獎勵費用:　160,000,000

第1季：預算＝(　全年預算　－ 預估品質獎勵費用　)/4
＝(　300,000,000　－ 160,000,000　)/4 ＝　35,000,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	9,462,500	9,462,500	0(傳票日期：113/7/9)
(2)轉診品質獎勵：	9,407,094	9,407,094	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	18,869,594	18,869,594	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	12,829,577	12,829,577	0(傳票日期：113/7/9)
(2)轉診品質獎勵：	1,303,846	1,303,846	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	14,133,423	14,133,423	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	22,292,077	22,292,077	0
(2)轉診品質獎勵：	10,710,940	10,710,940	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	33,003,017	33,003,017	0

已支用點數＝　33,003,017
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　33,003,017
未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數　＝　35,000,000 － 33,003,017 ＝　1,996,983

第2季：預算＝(　全年預算　－ 預估品質獎勵費用　)/4 +前一季未支用金額
＝(　300,000,000　－ 160,000,000　)/4 +　1,996,983　＝　36,996,983

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

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 － 1元/點× 第2季已支用點數　＝　36,996,983 －　0 ＝　36,996,983

第3季：預算＝(　全年預算　－ 預估品質獎勵費用　)/4 +前一季未支用金額
＝(　300,000,000　－ 160,000,000　)/4 +　36,996,983　＝　71,996,983

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

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 － 1元/點× 第3季已支用點數　＝　71,996,983 －　0 ＝　71,996,983

第4季：預算＝(　全年預算　－ 預估品質獎勵費用　)/4 +前一季未支用金額+預估品質獎勵金費用
＝(　300,000,000　－ 160,000,000　)/4 +　71,996,983+　160,000,000　＝ 266,996,983

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2)轉診品質獎勵：	0	0	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	0	0	0

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 － 1元/點× 第4季已支用點數　＝ 266,996,983 －　0 ＝ 266,996,983

全年合計：

全年預算＝300,000,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	9,462,500	9,462,500	0
(2)轉診品質獎勵：	9,407,094	9,407,094	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	18,869,594	18,869,594	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	12,829,577	12,829,577	0
(2)轉診品質獎勵：	1,303,846	1,303,846	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	14,133,423	14,133,423	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急診重大疾病照護品質：	22,292,077	22,292,077	0
(2)轉診品質獎勵：	10,710,940	10,710,940	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	33,003,017	33,003,017	0

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

＝ 33,003,017 ＋ 0 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 33,003,017

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 300,000,000 － 33,003,017 ＝ 266,996,983

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；
當季預算若有結餘，則流用至下季；第4季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。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。

(八)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)　全年預算 210百萬元

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
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　210,000,000－　0 ＝　210,000,000

(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案　全年預算＝ 115百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季:

預算＝　115,000,000/4＝　28,750,000
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1：　已支用點數　7,238,954(J1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2：　已支用點數　7,809,023(J2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3：　已支用點數　10,813,400(J3)
(4)合計：　已支用點數　25,861,377(J9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　25,861,377　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　2,888,623

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　2,888,623＝　31,638,623
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1：　已支用點數　0(K1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2：　已支用點數　0(K2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3：　已支用點數　0(K3)
(4)合計：　已支用點數　0(K9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　31,638,623

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　31,638,623＝　60,388,623
(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1：　已支用點數　0(L1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2：　已支用點數　0(L2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3：　已支用點數　0(L3)
(4)合計：　已支用點數　0(L9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　60,388,623

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 115,000,000/4＋ 60,388,623＝ 89,138,623

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1：　已支用點數　0(M1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2：　已支用點數　0(M2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3：　已支用點數　0(M3)
(4)合計：　已支用點數　0(M9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 89,138,623

合計:

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數N1：　已支用點數　7,238,954(N1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數N2：　已支用點數　7,809,023(N2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3：　已支用點數　10,813,400(N3)
(4)合計：　已支用點數　25,861,377(N9)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數＝ 25,861,377
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 115,000,000 － 25,861,377＝ 89,138,623

註：依據「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，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，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。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)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算＝1,300百萬元

第1季已支用點數： 179,060,623

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「核算各院所上下限額度」已支用點數：　0

合計已支用點數： 179,060,623

暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝　179,060,623　　未支用金額＝全年預算－　暫結金額＝　1,120,939,377

註：

1.依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。

2.全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：

(1)符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。

(2)有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。

(3)若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

(4)若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

(5)全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院補助金額)。

(十一)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算＝224.7百萬元

第1季:

預算＝224,700,000/4＝ 56,175,000

已支用點數：　50,704,400

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

＝　50,704,400　　＝　5,470,600

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　5,470,600＝ 61,645,600

已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額

＝　0　　＝　61,645,600

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　61,645,600＝117,820,600

已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額

＝　0　　＝　117,820,600

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋ 117,820,600＝173,995,600

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　　＝　173,995,600

全年合計:

全年預算　＝ 224,700,000

已支用點數：　50,704,400

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　50,704,400＋　0＋　0＋　0＝　50,704,400

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　224,700,000－　50,704,400＝　173,995,600

註：

1. 依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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。
2. 依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第1次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8億元)按季支應，每季最多支應2億元(8億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十二)網路頻寬補助費用

全年預算＝200百萬元

第1季已支用點數：	37,237,791
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：	37,237,791

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　37,237,791
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　200,000,000 －　37,237,791 ＝　162,762,209

註：預算經費如有不足，依據112年12月26日衛部健字第112336189A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，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」項下支應。

(十三)腹膜透析追蹤處置費及APD租金

全年預算＝15百萬元

第1季已支用點數：	1,853,686
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：	1,853,686

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　1,853,686
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　15,000,000 －　1,853,686 ＝　13,146,314

註：腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

(十四)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算＝560.0百萬元

第1季:

預算＝ 560,000,000/4＝ 140,000,000
已支用點數： 111,446,250
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
＝ 111,446,250　　＝ 28,553,750

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 28,553,750＝ 168,553,750
已支用點數： 0
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 0　　＝ 168,553,750

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 168,553,750＝ 308,553,750
已支用點數： 0
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 0　　＝ 308,553,750

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 308,553,750＝ 448,553,750
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　　＝ 448,553,750

全年合計:

全年預算 ＝ 560,000,000
已支用點數： 111,446,250
暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 111,446,250＋ 0＋ 0＋ 0＝ 111,446,250
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 560,000,000－ 111,446,250＝ 448,553,750

註：依據本署113年4月12日健保醫字第1130106837號公告修訂「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。
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。於年度結束後進行全年結算，
採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

(十五)精神科長效針劑藥費　全年預算 ＝2,664.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1.已支用點數(X7)

門診第1季已支用點數：	445,323,292	住診第1季已支用點數：	109,380,113	門住診合計第1季已支用點數：	554,703,405
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：	445,323,292	全 年已支用點數：	109,380,113	全 年已支用點數：	554,703,405

2.藥品給付協議(Y7)

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

3.實際已支用金額(T7＝X7－Y7)

門診第1季已支用金額：	445,323,292	住診第1季已支用金額：	109,380,113	門住診合計第1季已支用金額：	554,703,405
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：	445,323,292	全 年已支用金額：	109,380,113	全 年已支用金額：	554,703,405

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 554,703,405

未支用金額＝ 全年預算 －(暫結金額 －全年藥品給付協議)
＝ 2,664,000,000 －(554,703,405－ 0)
＝ 2,664,000,000 － 554,703,405
＝ 2,109,296,595

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112336189A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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫　全年預算＝300.0百萬元(本項為全年結算，點數將呈現於第4季)

1.個案獎勵 全年預算＝100.0百萬元

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
合 計已支用點數：　0
暫結金額　＝　1元/點×全年已支用點數 ＝　0
未支用金額＝　全年預算 － 暫結金額　＝　100,000,000－　0 ＝　100,000,000

2.醫院評比獎勵 全年預算＝200.0百萬元

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
合 計已支用點數：　0
暫結金額　＝　1元/點×全年已支用點數 ＝　0
未支用金額＝　全年預算 － 暫結金額　＝　200,000,000－　0 ＝　200,000,000

3.合計

第1季已支用點數：　0
第2季已支用點數：　0
第3季已支用點數：　0
第4季已支用點數：　0
合 計已支用點數：　0
暫結金額　＝　0
未支用金額＝　全年預算 － 暫結金額　＝　300,000,000－　0 ＝　300,000,000

註：

1.依據衛生福利部中央健康保險署111年10月24日健保醫字第1110118145號公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，自111年10月1日起生效，本計畫獎勵費用(RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用)由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。

2.本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵，個案獎勵以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。醫院評比獎勵以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十七)因應長新冠照護衍生費用(併入一般服務費用結算)

全年預算＝128.0百萬元

第1季：128,000,000/4＝　32,000,000

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　10,655,267　門住診已支用點數：　10,655,267

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　10,655,267

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額　＝　32,000,000 －　10,655,267 ＝　21,344,733

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 21,344,733

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　331,200　門住診已支用點數：　331,200

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 －　331,200

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額　＝　21,344,733 －　331,200 ＝　21,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數：　77,160,301　住診醫療點數：　84,463,233　門住診醫療點數：　161,623,534

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數：　77,160,301　住診點數：　95,449,700　門住診點數：　172,610,001

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
合計：	0	合計：	10,986,467	合計：	10,986,467

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
合計：	0	合計：	10,986,467	合計：	10,986,467

第2季：128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 21,013,533＝ 53,013,533

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診已支用點數：　0

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額 ＝ 53,013,533 － 0 ＝ 53,013,533

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 53,013,533

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診已支用點數：　0

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 －　0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額 ＝ 53,013,533 － 0 ＝ 53,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數：　0　住診醫療點數：　0　門住診醫療點數：　0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數：　0　住診點數：　0　門住診點數：　0

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

第3季：128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 53,013,533＝ 85,013,533

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診已支用點數： 0

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額 ＝ 85,013,533 － 0 ＝ 85,013,533

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝ 85,013,533

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 0　門住診已支用點數： 0

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 － 0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額 ＝ 85,013,533 － 0 ＝ 85,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

門診醫療點數： 0　住診醫療點數： 0　門住診醫療點數： 0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 0　住診點數： 0　門住診點數： 0

17.9 合計(加總第1階段17.1及第2階段17.2)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

第4季：128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 85,013,533＝ 117,013,533

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診已支用點數：　0

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　0

若當季預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本季預算。

未支用金額＝當季預算－第1階段暫結金額 ＝ 117,013,533 － 0 ＝ 117,013,533

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數(由第1階段未支用金額支應)

本階段預算＝第1階段未支用金額＝117,013,533

門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診已支用點數：　0

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 －　0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫令點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，暫結金額為本階段預算。

未支用金額＝本階段預算－第2階段暫結金額 ＝ 117,013,533 － 0 ＝ 117,013,533

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(俟第4季預算支應第1、2階段後有剩餘時，始併入結算)

本階段預算＝第1、2階段未支用金額＝ 117,013,533

門診全年已支用點數：　0　住診全年已支用點數：　0　門住診全年已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數

門診全年原暫結金額：　0　住診全年原暫結金額：　0　門住診全年原暫結金額：　0

若本階段預算不足支應時，則按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配(詳表三(四)5.2)，結算金額為本階段預算＝　0

門診全年實際暫結金額：　0　住診全年實際暫結金額：　0　門住診全年實際暫結金額：　0

未支用金額＝本階段預算－第3階段實際暫結金額 ＝ 0 － 0 ＝ 0

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數：　0　住診點數：　0　門住診點數：　0

17.9 合計(加總第1階段17.1、第2階段17.2及第3階段17.3)

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	0	門住診第1階段：	0
第2階段：	0	第2階段：	0	第2階段：	0
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0
合計：	0	合計：	0	合計：	0

全年合計(第1季~第4季17.1、17.2、17.3合計)：

17.1 第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數

門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	10,655,267	門住診已支用點數：	10,655,267
門診已暫結金額：	0	住診已暫結金額：	10,655,267	門住診已暫結金額：	10,655,267

17.2 第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數

門診已支用點數：	0	住診已支用點數：	331,200	門住診已支用點數：	331,200
門診已暫結金額：	0	住診已暫結金額：	331,200	門住診已暫結金額：	331,200

17.3 第3階段：支應COVID-19確診及照護個案醫療費用(本項為全年結算，Q4始納入結算)

門診已支用點數：	77,160,301	住診已支用點數：	84,463,233	門住診已支用點數：	161,623,534
門診已暫結金額：	0	住診已暫結金額：	0	門住診已暫結金額：	0

17.9 合計

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
第3階段：	77,160,301	第3階段：	84,463,233	第3階段：	161,623,534
合計：	77,160,301	合計：	95,449,700	合計：	172,610,001

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	10,655,267	門住診第1階段：	10,655,267
第2階段：	0	第2階段：	331,200	第2階段：	331,200
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0
合計：	0	合計：	10,986,467	合計：	10,986,467

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A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，本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

2.依據113年6月12日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第2次會議決議，預算支用項目及順序如下：

(1)第1階段：支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品醫令點數。

(2)第2階段：支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數。

(3)第3階段：支應113年COVID-19確診及照護醫療費用點數。

3.結算方式：

(1)本預算按季均分，依序支應第1階段、第2階段之藥費，並依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。

(2)當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足支應，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。

(3)全年預算若有結餘，則支應第3階段醫療費用點數，並依其全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算，若預算不足支應，則依全年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。

(十八)因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(併入一般服務費用結算)　全年預算＝　500.0百萬元

第1季:

預算＝　500,000,000/4＝　125,000,000

已支用點數：　7,265,686

暫結金額＝　7,265,686

未支用金額＝第1季預算 － 結算金額＝　125,000,000－　7,265,686＝　117,734,314

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　500,000,000/4＋ 117,734,314＝　242,734,314

已支用點數：　0

暫結金額＝　0

未支用金額＝第2季預算 － 結算金額＝　242,734,314－　0＝　242,734,314

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　500,000,000/4＋ 242,734,314＝　367,734,314

已支用點數：　0

暫結金額＝　0

未支用金額＝第3季預算 － 結算金額＝　367,734,314－　0＝　367,734,314

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　500,000,000/4＋ 367,734,314＝　492,734,314

已支用點數：　0

暫結金額＝　0

未支用金額＝第4季預算 － 結算金額＝　492,734,314－　0＝　492,734,314

全年合計:

已支用點數：　7,265,686

暫結金額　＝　7,265,686

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

未支用金額 ＝全年預算 － 結算金額＝　500,000,000－　7,265,686＝　492,734,314

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費500百萬元。

2.依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第1次會議決定，預算按季均分，當季預算若有結餘，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。

3.依據衛生福利部113年3月25日第1130661208號奉核簽略以，有關「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，納入「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款下支應，113年度比照辦理；另112年度調查各縣市政府，僅桃園市政府執行擴大肺癌篩檢，爾後倘有其他縣市執行類似計畫，比照本案由本項專款預算支應。

(十九)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＝2,669.0百萬元

第1季已支用點數：　327,108,290
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 (傳票日期：113/04/08)
全 年已支用點數：　327,108,290

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　327,108,290

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 2,669,000,000－　327,108,290 ＝ 2,341,891,710

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費2,669百萬元。本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(二十)癌症治療品質改善計畫(本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用)

全年預算＝414.0百萬元

第1季:

預算＝ 414,000,000/4＝ 103,500,000

已支用點數：　1,600

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

＝ 1,600　　＝ 103,498,400

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 103,498,400＝ 206,998,400

已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額

＝ 0　　＝ 206,998,400

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 206,998,400＝ 310,498,400

已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額

＝ 0　　＝ 310,498,400

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 310,498,400＝ 413,998,400

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　　＝ 413,998,400

全年合計:

全年預算　＝ 414,000,000

已支用點數：　1,600

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　1,600＋　0＋　0＋　0＝　1,600

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 414,000,000－　1,600＝ 413,998,400

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費414百萬元。本項經費得與西醫基層、牙醫門診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」，並自113年1月1日起生效。

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。

(二十一)慢性傳染病照護品質計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算＝180.0百萬元

第1季:

預算＝ 180,000,000/4＝　45,000,000

已支用點數：　34,830,821

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

＝　34,830,821　　＝　10,169,179

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋　10,169,179＝　55,169,179

已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額

＝　0　　＝　55,169,179

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋　55,169,179＝ 100,169,179

已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額

＝　0　　＝ 100,169,179

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋ 100,169,179＝ 145,169,179

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　　＝ 145,169,179

全年合計:

全年預算　＝ 180,000,000

已支用點數：　34,830,821

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　34,830,821＋　0＋　0＋　0＝　34,830,821

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 180,000,000－　34,830,821＝ 145,169,179

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費180百萬元。本項經費本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2.依據112年6月1日健保醫字第1120110379號公告公告新增「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫」，並自112年6月1日生效。

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。

(二十二)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年預算＝500.0百萬元

第1季:

預算＝ 500,000,000/4＝ 125,000,000

已支用點數： 125,000,000（傳票日期：113/08/09）

暫結金額 ＝ 125,000,000　　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝ 0

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 0＝ 125,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 0　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 125,000,000

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 125,000,000＝ 250,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 0　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 250,000,000

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 250,000,000＝ 375,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 0　　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝ 375,000,000

全年合計:

全年預算　＝ 500,000,000

已支用點數： 125,000,000

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝ 125,000,000＋ 0＋ 0＋ 0＝ 125,000,000

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 500,000,000－ 125,000,000＝ 375,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費500百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

2.依據113年4月15日健保醫字第1130661607號公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

3.預算來源：

(1)本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。

(2)本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。

4.結算方式：

(1)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(2)補付點數之計算方式：

A.「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。

B.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

(二十三)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

全年預算＝1,000.0百萬元

第1季:

預算＝ 1,000,000,000/4＝ 250,000,000

已支用點數： 250,000,000（傳票日期：113/08/09）

暫結金額 ＝ 250,000,000　　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝ 0

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 1,000,000,000/4＋ 0＝ 250,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 0　　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 250,000,000

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 1,000,000,000/4＋ 250,000,000＝ 500,000,000

已支用點數： 0

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

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 1,000,000,000/4＋ 500,000,000＝ 750,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 0　　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝ 750,000,000

全年合計:

全年預算　＝　1,000,000,000
已支用點數：　250,000,000
暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　250,000,000＋　0＋　0＋　0＝　250,000,000
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 1,000,000,000－　250,000,000＝　750,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費500百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

2.依據113年4月15日健保醫字第1130661607號公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」。新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

3.預算來源：

(1)本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。

(2)本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。

4.結算方式：

(1)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(2)補付點數之計算方式：

A.「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。

B.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

(二十四)地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)

全年預算＝500.0百萬元

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

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　500,000,000－　0 ＝　500,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費500百萬元。

2.依據113年5月24日健保醫字第 1130110065 號公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，並自113年7月1日起實施。

(1)預算來源如下：

<1>本計畫所列給付項目及支付標準、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金，依收案之特約醫事服務機構分列如下：

A.地區醫院：由醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目下支應。

B.醫學中心、區域醫院及基層診所：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項目下支應。

<2>本計畫所列虛擬(行動)全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關獎勵金，由其他預算之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應。

(2)點值結算方式：

<1>本計畫所列給付項目及支付標準之醫療費用：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」及醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款按季均分，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；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

<2>本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金：由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

<3>本計畫虛擬(行動)健保卡相關獎勵金：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寬頻補助費用」項下支應，採全年結算，該預算各項獎勵金以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

3.依據1113年8月27日健保醫字第1131260470號公告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自並自公告日起實施，於年度結束後，扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(二十五)區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增項目)

全年預算＝81.0百萬元

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

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　81,000,000－　0 ＝　81,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費81百萬元。

2.依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起生效。

3.預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下81百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下127百萬元支應。

4.點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

(二十六)區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增項目)

全年預算＝127.0百萬元

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
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　127,000,000－　0 ＝　127,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費127百萬元。
2.依據113年6月28日健保醫字第1130112834號公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起生效。
3.預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下81百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下127百萬元支應。
4.點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

(二十七)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增項目)

全年預算＝225.0百萬元

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
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　225,000,000－　0 ＝　225,000,000

註：1.依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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，本項專款全年經費225百萬元。
2.依據113年5月31日健保醫字第1130110860號公告新增「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，並自113年6月1日起生效。
3.點值結算：
(1)本計畫預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「醫院感染管制品質獎勵」。
(2)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若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。
(3)「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次，由保險人於次年3月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
4.醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

(二十八)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＋113年編列之品質保證保留款預算

＝(105年1-4季醫院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%)＋　501,500,000

＝(92,471,391,823＋ 483,460,581)×0.10%＋(99,278,528,774＋ 383,500,404)×0.10%＋(97,144,240,670＋ 411,195,342)×0.10%
＋(98,251,108,970＋ 279,531,381)×0.10%＋　501,500,000

＝ 92,954,852＋ 99,662,029＋ 97,555,436＋ 98,530,640＋　501,500,000

＝　890,202,957

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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(388.7百萬元)，與113年度之品質保證保留款(501,5百萬元)合併運用(計890.2百萬元)。

三、113年醫院一般門住診服務費用總額(不含門診透析)

(一)調整前一般門住診服務費用總額

項目 季別	113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計 (G1)	113年門診透析服務預算 (B)	調整前一般住診服務費用總額 (D1) =(G1+B)×55%	調整前一般門診服務費用總額 (D2) =(G1)+(B)－(D1)－(B)
第1季	128,700,021,585	5,740,424,478	73,942,245,335	54,757,776,250
第2季	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	128,700,021,585	5,740,424,478	73,942,245,335	54,757,776,250

註： 113年各季門診透析服務預算(B) ＝112年各季門診透析服務×(1+1.586%)。
113年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,650,802,746×(1+1.586%)＝ 5,740,424,478。
113年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,059,213,066×(1+1.586%)＝ 6,155,312,185。
113年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,916,961,380×(1+1.586%)＝ 6,010,804,387。
113年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,986,014,775×(1+1.586%)＝ 6,080,952,969。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目 季別	113年調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計	113年門診透析服務預算	調整後一般住診服務費用總額	調整後一般門診服務費用總額
	(D)	(B)	(D3) ＝(D＋B)×55%	(D4) ＝(D)＋(B)－(D3)－(B)
第1季	128,579,024,531	5,740,424,478	73,875,696,955	54,703,327,576
第2季	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	128,579,024,531	5,740,424,478	73,875,696,955	54,703,327,576

註： 113年各季門診透析服務預算(B) ＝112年各季門診透析服務×(1+1.586%)。
113年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,650,802,746×(1+1.586%)＝ 5,740,424,478。
113年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,059,213,066×(1+1.586%)＝ 6,155,312,185。
113年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,916,961,380×(1+1.586%)＝ 6,010,804,387。
113年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,986,014,775×(1+1.586%)＝ 6,080,952,969。

（三）人口風險因子及轉診型態校正比例(R)及各季投保分區申報醫療費用占率(S)

項目	分　區	第1季	第2季	第3季	第4季
1.門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37392			
	北區分區	0.15244			
	中區分區	0.17676			
	南區分區	0.13314			
	高屏分區	0.14108			
	東區分區	0.02266			
2.門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3.住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35205			
	北區分區	0.15994			
	中區分區	0.18125			
	南區分區	0.13602			
	高屏分區	0.14830			
	東區分區	0.02244			
4.住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1.其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1　112年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	49,064,553	49,064,553	49,064,553	49,064,554	196,258,213
高屏分區	153,040	153,040	153,040	153,039	612,159
東區分區	2,234,381	2,234,381	2,234,381	2,234,380	8,937,523
小計(K0)	51,451,974	51,451,974	51,451,974	51,451,973	205,807,895
南區分區(K1)	83,411,481	83,411,481	83,411,481	83,411,483	333,645,926
合計(KD)＝(K0＋K1)	134,863,455	134,863,455	134,863,455	134,863,456	539,453,821

註：1.112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(＝111年預算523,274,183元×(1＋112年度一般服務成長率3.092%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2.112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(＝111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1＋112年度一般服務成長率3.092%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配（臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算333,645,926元(＝111年南區預算323,639,008元×(1＋112年度一般服務成長率3.092%))，按四季均分。

1.2　113年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	51,708,151	51,708,151	51,708,151	51,708,152	206,832,605
高屏分區	161,286	161,286	161,286	161,284	645,142
東區分區	2,354,769	2,354,769	2,354,769	2,354,770	9,419,077
小計(K0)	54,224,206	54,224,206	54,224,206	54,224,206	216,896,824
南區分區(K1)	87,905,692	87,905,692	87,905,692	87,905,693	351,622,769
合計(KD)＝(K0＋K1)	142,129,898	142,129,898	142,129,898	142,129,899	568,519,593

註：1.113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算568,519,593元(＝112年預算539,453,821元×(1＋113年度一般服務成長率5.388%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2.113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元(＝112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元×(1＋113年度一般服務成長率5.388%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配（臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算351,622,769元(＝112年南區預算333,645,926元×(1＋113年度一般服務成長率5.388%))，按四季均分。

4.113年風險調整移撥款

4.1 各分區分配金額(KS_0)

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	40,029,523	40,029,523	40,029,523	40,029,521	160,118,090
北區分區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	69,040,197
中區分區	22,271,588	22,271,588	22,271,588	22,271,586	89,086,350
南區分區	18,771,277	18,771,277	18,771,277	18,771,276	75,085,107
高屏分區	25,749,896	25,749,896	25,749,896	25,749,895	102,999,583
東區分區	25,917,667	25,917,667	25,917,667	25,917,672	103,670,673
合計	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	600,000,000

4.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	900,000	0	0	159,218,090	160,118,090
北區分區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	69,040,197
中區分區	15,995,396	28,897,090	9,790,885	34,402,979	89,086,350
南區分區	0	30,361,293	0	44,723,814	75,085,107
高屏分區	0	0	0	102,999,583	102,999,583
東區分區	23,371,473	19,330,100	19,115,977	41,853,123	103,670,673
合計	57,526,918	95,848,532	46,166,911	400,457,639	600,000,000

註：1.依據113年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」113年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6億元，採「四季均分」，併入113年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。

2.各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(6億/4)減去五分區移撥款分配總金額。

3.第4季各分區風險調整移撥款分配金額＝年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。

4.調整臺北、中區、南區、高屏及東區風險調整移撥款之保留款：

(1)臺北：依據本署臺北業務組113年5月1日健保北費一字第1131090197號書函辦理，113Q1為900,000元，其餘款項(159,218,090元)保留至113年第4季進行結算。

(2)中區：依據本署中區業務組113年6月19日健保中費一字第1138406228號書函辦理，調整113年各季分配金額，Q1為15,995,396元、Q2為28,897,090元、Q3為9,790,885元、Q4為34,402,979元。

(3)南區：依據本署南區業務組113年6月20日健保南費一字第1138503864號書函辦理，採每半年結算一次，113Q2為30,361,293元、113Q4為44,723,814元。

(4)高屏：依據本署高屏業務組113年4月11日健保高費一字第1138603121號書函辦理，113年Q1至Q3各季風險移撥款保留至113年Q4結算。

(5)東區：依據本署東區業務組113年6月6日健保東費字第1138701033號書函辦理，Q1為23,371,473元、Q2為19,330,100元、Q3為19,115,977元、Q4為41,853,123元。

4.3 各分區門、住診分配金額

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.風險調整移撥款_門診 (RS_O＝KS_1－RS_I)					
臺北分區	405,000	0	0	71,648,140	72,053,140
北區分區	7,767,022	7,767,022	7,767,022	7,767,022	31,068,088
中區分區	7,197,928	13,003,690	4,405,898	15,481,341	40,088,857
南區分區	0	13,662,582	0	20,125,716	33,788,298
高屏分區	0	0	0	46,349,812	46,349,812
東區分區	10,517,163	8,698,545	8,602,190	18,833,905	46,651,803
合計	25,887,113	43,131,839	20,775,110	180,205,936	269,999,998
2.風險調整移撥款_住診 (RS_I＝KS_1 ×55%)					
臺北分區	495,000	0	0	87,569,950	88,064,950
北區分區	9,493,027	9,493,027	9,493,027	9,493,028	37,972,109
中區分區	8,797,468	15,893,400	5,384,987	18,921,638	48,997,493
南區分區	0	16,698,711	0	24,598,098	41,296,809
高屏分區	0	0	0	56,649,771	56,649,771
東區分區	12,854,310	10,631,555	10,513,787	23,019,218	57,018,870
合計	31,639,805	52,716,693	25,391,801	220,251,703	330,000,002
3.門住診合計	57,526,918	95,848,532	46,166,911	400,457,639	600,000,000

5.113年總額公告專款導入一般服務之預算

5.1 腹膜透析追蹤處置費及APD租金各分區分配金額_住診

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	666,714	0	0	0	666,714
北區分區	306,707	0	0	0	306,707
中區分區	488,607	0	0	0	488,607
南區分區	167,059	0	0	0	167,059
高屏分區	165,579	0	0	0	165,579
東區分區	59,020	0	0	0	59,020
小計	1,853,686	0	0	0	1,853,686

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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」，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.2 因應長新冠照護衍生費用：詳補充資料六

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A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」暨113年6月12日醫院總額研商議事會議113年第2次研商議事會議決議，本預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足以支應時，則當季依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。若各季經費不足支應時，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。其中第1、2階段按季結算，全年預算如有剩餘，則支應第3階段醫療費用，第3階段依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算，如經費不足支應時，全年實際依各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配。

5.3 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增各分區分配金額

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診					
臺北分區	2,416,097	0	0	0	2,416,097
北區分區	927,770	0	0	0	927,770
中區分區	1,406,247	0	0	0	1,406,247
南區分區	791,398	0	0	0	791,398
高屏分區	1,235,209	0	0	0	1,235,209
東區分區	106,875	0	0	0	106,875
合計	6,883,596	0	0	0	6,883,596
2.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診					
臺北分區	78,470	0	0	0	78,470
北區分區	64,220	0	0	0	64,220
中區分區	75,430	0	0	0	75,430
南區分區	25,175	0	0	0	25,175
高屏分區	125,875	0	0	0	125,875
東區分區	12,920	0	0	0	12,920
合計	382,090	0	0	0	382,090
3.門住診合計					
臺北分區	2,494,567	0	0	0	2,494,567
北區分區	991,990	0	0	0	991,990
中區分區	1,481,677	0	0	0	1,481,677
南區分區	816,573	0	0	0	816,573
高屏分區	1,361,084	0	0	0	1,361,084
東區分區	119,795	0	0	0	119,795
合計	7,265,686	0	0	0	7,265,686

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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」，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.4 促進醫療服務診療項目支付衡平性各分區分配金額

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診					
臺北分區	27,835,414	0	0	0	27,835,414
北區分區	11,759,071	0	0	0	11,759,071
中區分區	18,314,469	0	0	0	18,314,469
南區分區	10,834,934	0	0	0	10,834,934
高屏分區	10,642,603	0	0	0	10,642,603
東區分區	1,669,619	0	0	0	1,669,619
合計	81,056,110	0	0	0	81,056,110
2.促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	78,719,646	0	0	0	78,719,646
北區分區	34,077,233	0	0	0	34,077,233
中區分區	54,826,253	0	0	0	54,826,253
南區分區	35,313,249	0	0	0	35,313,249
高屏分區	37,544,241	0	0	0	37,544,241
東區分區	5,571,558	0	0	0	5,571,558
合計	246,052,180	0	0	0	246,052,180
3.門住診合計					
臺北分區	106,555,060	0	0	0	106,555,060
北區分區	45,836,304	0	0	0	45,836,304
中區分區	73,140,722	0	0	0	73,140,722
南區分區	46,148,183	0	0	0	46,148,183
高屏分區	48,186,844	0	0	0	48,186,844
東區分區	7,241,177	0	0	0	7,241,177
合計	327,108,290	0	0	0	327,108,290

註：依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第112336189A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」，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

(五)調整前分區門住診一般服務預算總額

1.調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)＝[(D2)× 52%× (R)]＋[(D2)× 48%× (S)]＋其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)＋風險調整移撥款_門診(RS_O)＋113年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

分　區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	20,618,370,617				20,618,370,617
北區分區	7,663,325,241				7,663,325,241
中區分區	9,751,899,706				9,751,899,706
南區分區	7,650,454,144				7,650,454,144
高屏分區	8,041,894,632				8,041,894,632
東區分區	1,287,788,627				1,287,788,627
小　計	55,013,732,967				55,013,732,967

2.調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[(D1)× 45%× (R)＋ (D1)× 55%× (S)]＋風險調整移撥款_住診(RS_I)＋113年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

分　區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	25,762,905,460				25,762,905,460
北區分區	10,417,395,474				10,417,395,474
中區分區	13,518,610,538				13,518,610,538
南區分區	10,821,216,655				10,821,216,655
高屏分區	11,498,774,908				11,498,774,908
東區分區	2,214,256,528				2,214,256,528
小　計	74,233,159,563				74,233,159,563

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

1.其他醫療服務利用及密集度之改變，詳表三、(四)、1、1.2；風險調整移撥款，詳表三、(四)、4。

2.調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)＝[(D4)× 52%× (R)]＋ [(D4)× 48%× (S)] ＋其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)＋風險調整移撥款(RS_O)＋113年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

分　區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	20,597,950,535				20,597,950,535
北區分區	7,655,725,513				7,655,725,513
中區分區	9,742,229,621				9,742,229,621
南區分區	7,642,945,846				7,642,945,846
高屏分區	8,033,910,104				8,033,910,104
東區分區	1,286,522,674				1,286,522,674
小　計	54,959,284,293				54,959,284,293

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 45%× (R)]＋ [(D3)× 55%× (S)]＋風險調整移撥款(RS_I)＋113年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

分　區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	25,739,795,170				25,739,795,170
北區分區	10,408,060,966				10,408,060,966
中區分區	13,506,502,526				13,506,502,526
南區分區	10,811,511,040				10,811,511,040
高屏分區	11,488,461,073				11,488,461,073
東區分區	2,212,280,408				2,212,280,408
小　計	74,166,611,183				74,166,611,183

說明：

1.為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)所產生之數元誤差,故東區分區地區一般服務預算總額＝ 地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)減去前五分區地區一般服務預算總額。

2.各分區第1-3季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季R、S值。各分區第4季預算：則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。調整後第4季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q4)＝調整前全年各分區門診一般服務預算總額(加總BD2)減去調整後第1-3季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q1、BD4_q2、BD4_q3)＝ 加總BD2－ BD4_q1－ BD4_q2－ BD4_q3；調整後第4季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q4)＝調整前全年各分區住診一般服務預算總額(加總BD1)減去調整後第1-3季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q1、BD3_q2、BD3_q3)＝ 加總BD1－ BD3_q1－ BD3_q2－ BD3_q3。

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1.門診非偏遠地區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	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	11,326,342,651(BF1)	0.90634911	----------	12,369,628,665	4,734,132
	2-北區分區	1,184,752,116	0.90634911	1,073,799,026	1,293,580,429	
	3-中區分區	534,662,789	0.90634911	484,591,143	587,447,939	
	4-南區分區	325,000,147	0.90634911	294,563,594	371,199,930	
	5-高屏分區	409,591,660	0.90634911	371,233,037	459,017,524	
	6-東區分區	90,331,990	0.90634911	81,872,319	94,286,960	
	7-合計	13,870,681,353(GF1)		2,306,059,119(AF1)	15,175,161,447(BG1)	4,734,132(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	909,011,924	0.90634911	823,882,148	1,040,278,323	
	2-北區分區	3,441,814,003(BF1)	0.90634911	----------	4,050,409,653	2,701,587
	3-中區分區	334,697,238	0.90634911	303,352,544	361,293,777	
	4-南區分區	136,407,360	0.90634911	123,632,689	139,707,844	
	5-高屏分區	95,188,072	0.90634911	86,273,624	108,561,420	
	6-東區分區	20,953,764	0.90634911	18,991,425	24,667,138	
	7-合計	4,938,072,361(GF1)		1,356,132,430(AF1)	5,724,918,155(BG1)	2,701,587(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	253,056,416	0.90634911	229,357,457	279,588,587	
	2-北區分區	109,680,509	0.90634911	99,408,832	142,142,763	
	3-中區分區	5,479,503,465(BF1)	0.90634911	----------	6,403,459,736	1,978,819
	4-南區分區	151,539,608	0.90634911	137,347,789	197,069,393	
	5-高屏分區	80,085,541	0.90634911	72,585,459	96,752,688	
	6-東區分區	13,844,817	0.90634911	12,548,238	16,098,149	
	7-合計	6,087,710,356(GF1)		551,247,775(AF1)	7,135,111,316(BG1)	1,978,819(BJ1)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	235,161,151	0.90634911	213,138,100	283,435,340	
	2-北區分區	82,599,281	0.90634911	74,863,785	101,960,914	
	3-中區分區	230,514,042	0.90634911	208,926,197	272,727,273	
	4-南區分區	3,724,933,491(BF1)	0.90634911	----------	4,666,211,483	1,713,546
	5-高屏分區	205,247,689	0.90634911	186,026,060	250,074,652	
	6-東區分區	10,211,872	0.90634911	9,255,521	12,123,110	
	7-合計	4,488,667,526(GF1)		692,209,663(AF1)	5,586,532,772(BG1)	1,713,546(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	150,388,475	0.90634911	136,304,460	168,431,498	
	2-北區分區	52,895,655	0.90634911	47,941,930	62,147,906	
	3-中區分區	94,293,866	0.90634911	85,463,162	106,910,099	
	4-南區分區	244,204,763	0.90634911	221,334,770	270,572,823	
	5-高屏分區	4,481,153,245(BF1)	0.90634911	----------	5,311,605,353	1,238,728
	6-東區分區	16,398,090	0.90634911	14,862,394	18,924,687	
	7-合計	5,039,334,094(GF1)		505,906,716(AF1)	5,938,592,366(BG1)	1,238,728(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	67,270,955	0.90634911	60,970,970	75,307,266	
	2-北區分區	21,104,465	0.90634911	19,128,013	24,837,644	
	3-中區分區	17,502,000	0.90634911	15,862,922	20,941,090	
	4-南區分區	9,507,314	0.90634911	8,616,946	11,913,906	
	5-高屏分區	27,390,137	0.90634911	24,825,026	33,759,011	
	6-東區分區	678,688,920(BF1)	0.90634911	----------	801,619,185	479,815
	7-合計	821,463,791(GF1)		129,403,877(AF1)	968,378,102(BG1)	479,815(BJ1)

2.門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	61,667,789(BF2)	0.92847249	57,256,846	72,404,045
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	11,817,857(BF2)	0.94085770	11,118,922	19,099,521
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	599,624(BF2)	0.96403412	578,058	442,593
	6-東區分區	5,346,676(BF2)	0.96912851	5,181,616	4,294,942
	7-合計	79,431,946(GF2)		74,135,442(AF2)	96,241,101(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,304,620(BF2)	0.92847249	1,211,304	1,421,080
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	4,533,107(BF2)	0.94085770	4,265,009	7,178,207
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	126,046(BF2)	0.96403412	121,513	102,479
	6-東區分區	1,316,113(BF2)	0.96912851	1,275,483	1,118,435
	7-合計	7,279,886(GF2)		6,873,309(AF2)	9,820,201(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	655,528(BF2)	0.92847249	608,640	1,050,859
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	181,129,474(BF2)	0.94085770	170,417,060	266,922,937
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	123,060(BF2)	0.96403412	118,634	166,406
	6-東區分區	1,247,064(BF2)	0.96912851	1,208,565	852,356
	7-合計	183,155,126(GF2)		172,352,899(AF2)	268,992,558(BG2)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	451,135(BF2)	0.92847249	418,866	723,273
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	7,503,083(BF2)	0.94085770	7,059,333	12,019,001
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	257,252(BF2)	0.96403412	248,000	260,008
	6-東區分區	1,201,898(BF2)	0.96912851	1,164,794	954,847
	7-合計	9,413,368(GF2)		8,890,993(AF2)	13,957,129(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	945,747(BF2)	0.92847249	878,100	1,575,720
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	2,261,073(BF2)	0.94085770	2,127,348	3,576,517
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	12,161,701(BF2)	0.96403412	11,724,295	11,516,600
	6-東區分區	991,524(BF2)	0.96912851	960,914	972,868
	7-合計	16,360,045(GF2)		15,690,657(AF2)	17,641,705(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	196,589(BF2)	0.92847249	182,527	233,713
	2-北區分區	0(BF2)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	428,649(BF2)	0.94085770	403,298	763,176
	4-南區分區	0(BF2)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	32,349(BF2)	0.96403412	31,186	64,361
	6-東區分區	13,410,086(BF2)	0.96912851	12,996,097	11,214,819
	7-合計	14,067,673(GF2)		13,613,108(AF2)	12,276,069(BG2)

3.住診非偏遠地區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	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,210,851,027(BF3)	0.90634911	----------	6,600,007,048	15,782,095
	2-北區分區	1,026,767,394	0.90634911	930,609,714	764,780,905	
	3-中區分區	486,603,793	0.90634911	441,032,915	345,394,327	
	4-南區分區	322,854,725	0.90634911	292,619,093	183,267,093	
	5-高屏分區	359,969,615	0.90634911	326,258,140	252,636,970	
	6-東區分區	117,864,450	0.90634911	106,826,339	63,277,985	
	7-合計	12,524,911,004(GF3)		2,097,346,201(AF3)	8,209,364,328(BG3)	15,782,095(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	918,660,650	0.90634911	832,627,263	629,793,032	
	2-北區分區	3,462,950,472(BF3)	0.90634911	----------	2,386,343,731	8,482,229
	3-中區分區	369,118,212	0.90634911	334,549,963	263,205,828	
	4-南區分區	130,334,128	0.90634911	118,128,221	77,747,741	
	5-高屏分區	96,840,299	0.90634911	87,771,119	65,394,707	
	6-東區分區	39,199,830	0.90634911	35,528,731	20,786,289	
	7-合計	5,017,103,591(GF3)		1,408,605,297(AF3)	3,443,271,328(BG3)	8,482,229(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	277,161,147	0.90634911	251,204,759	187,212,150	
	2-北區分區	109,941,339	0.90634911	99,645,235	80,571,165	
	3-中區分區	5,944,119,645(BF3)	0.90634911	----------	3,980,976,216	6,219,211
	4-南區分區	171,215,723	0.90634911	155,181,218	100,996,107	
	5-高屏分區	82,999,986	0.90634911	75,226,963	57,152,367	
	6-東區分區	27,999,024	0.90634911	25,376,890	23,816,222	
	7-合計	6,613,436,864(GF3)		606,635,065(AF3)	4,430,724,227(BG3)	6,219,211(BJ3)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	262,181,850	0.90634911	237,628,286	170,640,092	
	2-北區分區	85,053,778	0.90634911	77,088,416	57,157,988	
	3-中區分區	299,855,332	0.90634911	271,773,613	209,567,717	
	4-南區分區	4,562,726,153(BF3)	0.90634911	----------	2,538,371,614	3,311,332
	5-高屏分區	236,033,935	0.90634911	213,929,147	156,873,717	
	6-東區分區	16,804,806	0.90634911	15,231,021	9,995,532	
	7-合計	5,462,655,854(GF3)		815,650,483(AF3)	3,142,606,660(BG3)	3,311,332(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	166,426,912	0.90634911	150,840,884	112,219,741	
	2-北區分區	46,997,004	0.90634911	42,595,693	37,541,358	
	3-中區分區	103,721,838	0.90634911	94,008,196	75,048,358	
	4-南區分區	294,355,504	0.90634911	266,788,849	154,639,664	
	5-高屏分區	5,192,196,139(BF3)	0.90634911	----------	3,366,560,362	3,065,222
	6-東區分區	28,845,797	0.90634911	26,144,362	14,225,118	
	7-合計	5,832,543,194(GF3)		580,377,984(AF3)	3,760,234,601(BG3)	3,065,222(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	83,538,204	0.90634911	75,714,777	57,680,855	
	2-北區分區	27,021,068	0.90634911	24,490,521	19,504,809	
	3-中區分區	20,203,607	0.90634911	18,311,521	15,261,564	
	4-南區分區	12,478,361	0.90634911	11,309,751	8,562,947	
	5-高屏分區	36,394,106	0.90634911	32,985,766	26,998,384	
	6-東區分區	863,802,466(BF3)	0.90634911	----------	555,460,442	195,677
	7-合計	1,043,437,812(GF3)		162,812,336(AF3)	683,469,001(BG3)	195,677(BJ3)

4.住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	89,522,109(BF4)	0.92847249	83,118,815	55,584,597
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	10,589,993(BF4)	0.94085770	9,963,676	7,105,048
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	1,066,919(BF4)	0.96403412	1,028,546	869,138
	6-東區分區	14,276,565(BF4)	0.96912851	13,835,826	3,400,576
	7-合計	115,455,586(GF4)		107,946,863(AF4)	66,959,359(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,372,624(BF4)	0.92847249	2,202,916	1,051,407
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	3,219,001(BF4)	0.94085770	3,028,622	2,461,687
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	637,665(BF4)	0.96403412	614,731	512,115
	6-東區分區	7,782,339(BF4)	0.96912851	7,542,087	982,862
	7-合計	14,011,629(GF4)		13,388,356(AF4)	5,008,071(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	527,525(BF4)	0.92847249	489,792	500,702
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	190,521,072(BF4)	0.94085770	179,253,218	125,692,003
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	239,648(BF4)	0.96403412	231,029	215,172
	6-東區分區	7,133,942(BF4)	0.96912851	6,913,707	1,229,649
	7-合計	198,422,187(GF4)		186,887,746(AF4)	127,637,526(BG4)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	1,514,879(BF4)	0.92847249	1,406,523	642,215
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	6,698,929(BF4)	0.94085770	6,302,739	6,046,980
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	1,700,840(BF4)	0.96403412	1,639,668	1,085,996
	6-東區分區	8,737,131(BF4)	0.96912851	8,467,403	1,756,096
	7-合計	18,651,779(GF4)		17,816,333(AF4)	9,531,287(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	528,719(BF4)	0.92847249	490,901	680,978
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	1,546,539(BF4)	0.94085770	1,455,073	1,746,777
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	52,186,450(BF4)	0.96403412	50,309,518	32,089,902
	6-東區分區	8,162,849(BF4)	0.96912851	7,910,850	1,336,750
	7-合計	62,424,557(GF4)		60,166,342(AF4)	35,854,407(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	145,711(BF4)	0.92847249	135,289	176,543
	2-北區分區	0(BF4)	0.96336640	0	0
	3-中區分區	531,302(BF4)	0.94085770	499,880	454,782
	4-南區分區	0(BF4)	0.98494824	0	0
	5-高屏分區	276,171(BF4)	0.96403412	266,238	202,576
	6-東區分區	41,784,666(BF4)	0.96912851	40,494,711	13,853,156
	7-合計	42,737,850(GF4)		41,396,118(AF4)	14,687,057(BG4)

註：費用年月110年4-9月醫院一般服務未及納入當季結算者，自結算季110年第4季起補報、申復、爭議審議案件之點數不納入計算，收入以0計。

5.非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額　＝
［調整後分區門診一般服務預算總額（BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
－ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)
－ (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)－藥品給付協議)
－ 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)
－ 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)
－ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
／ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 ＝[20,597,950,535＋ 25,739,795,170 － 4,403,405,320 －(23,384,525,775 － 536,934,617)
－ 182,082,305 － 163,200,460 － 20,516,227]／21,537,193,678 ＝ 0.86923814

北區分區 ＝[7,655,725,513＋ 10,408,060,966 － 2,764,737,727 －(9,168,189,483 － 208,853,177)
－ 20,261,665 － 14,828,272 － 11,183,816]／ 6,904,764,475 ＝ 0.91146320

中區分區 ＝[9,742,229,621＋ 13,506,502,526 － 1,157,882,840 －(11,565,835,543 － 298,071,485)
－ 359,240,645 － 396,630,084 － 8,198,030]／11,423,623,110 ＝ 0.88054520

南區分區 ＝[7,642,945,846＋ 10,811,511,040 － 1,507,860,146 －(8,729,139,432 － 220,603,685)
－ 26,707,326 － 23,488,416 － 5,024,878]／ 8,287,659,644 ＝ 1.01148463

高屏分區 ＝[8,033,910,104＋ 11,488,461,073 － 1,086,284,700 －(9,698,826,967 － 228,316,448)
－ 75,856,999 － 53,496,112 － 4,303,950]／ 9,673,349,384 ＝ 0.91301560

東區分區 ＝[1,286,522,674＋ 2,212,280,408 － 292,216,213 －(1,651,847,103 － 29,465,308)
－ 55,009,226 － 26,963,126 － 675,492]／ 1,542,491,386 ＝ 0.97346231

6.非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 ＝［調整後門診一般服務預算總額（D4）＋ 調整後住診一般服務預算總額(D3)
－ (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議)
－ 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
／ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
＝[54,959,284,293＋ 74,166,611,183 －(64,876,970,773 － 1,522,244,720)－ 49,902,393]／72,501,429,432
＝ 0.90648236

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。

7.非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值＝[調整後分區門診一般服務預算總額（BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
＋ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議
＋ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	＝[20,597,950,535＋	25,739,795,170	]／[26,590,479,889＋	23,547,726,235－	536,934,617	＋ 20,516,227]＝	0.93381855
北區分區	＝[7,655,725,513＋	10,408,060,966	]／[9,976,467,467＋	9,183,017,755－	208,853,177	＋ 11,183,816]＝	0.95264012
中區分區	＝[9,742,229,621＋	13,506,502,526	]／[13,082,724,533＋	11,962,465,627－	298,071,485	＋ 8,198,030]＝	0.93914097
南區分區	＝[7,642,945,846＋	10,811,511,040	]／[9,979,388,527＋	8,752,627,848－	220,603,685	＋ 5,024,878]＝	0.99665267
高屏分區	＝[8,033,910,104＋	11,488,461,073	]／[10,950,661,890＋	9,752,323,079－	228,316,448	＋ 4,303,950]＝	0.95328861
東區分區	＝[1,286,522,674＋	2,212,280,408	]／[1,921,707,126＋	1,678,810,229－	29,465,308	＋ 675,492]＝	0.97958286

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
＝[54,959,284,293＋ 74,166,611,183]／[72,501,429,432＋64,876,970,773－1,522,244,720 ＋ 49,902,393]＝ 0.95011140

9.醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)
＝加總[調整後分區門診一般服務預算總額（BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＋ 專款專用暫結金額]
／[一般服務核定浮動點數(GF)＋ 核定非浮動點數(BG) －藥品給付協議 ＋ 自墊核退點數(BJ)
＋ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
＝[54,959,284,293＋ 74,166,611,183＋ 8,064,427,994]
／[72,501,429,432＋ 64,876,970,773－ 1,522,244,720＋ 49,902,393＋ 8,064,427,994]
＝ 0.95290589

註：

1.專款專用暫結金額＝ 暫時性支付(新藥、新特材)暫結金額＋C型肝炎藥費暫結金額＋罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額
＋後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額＋鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額＋醫療給付改善方案暫結金額
＋急診品質提升方案暫結金額＋鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)暫結金額
＋醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額＋醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額
＋鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額＋網路頻寬補助費用暫結金額＋住院整合照護服務試辦計畫暫結金額
＋精神科長效針劑藥費暫結金額＋鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額＋癌症治療品質
改善計畫暫結金額＋慢性傳染病照護品質計畫暫結金額＋持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額
＋健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額＋地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額
＋區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作暫結金額＋區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作暫結金額
＋抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額＋品質保證保留款預算

＝	4,795,140＋	284,818,400＋	3,484,769,864＋	1,110,276,144＋	1,283,103,345＋	276,485,965＋	33,003,017
＋	0＋	25,861,377＋	179,060,623＋	50,704,400＋	37,237,791＋	111,446,250＋	554,703,405
＋	0＋	1,600＋	34,830,821＋	125,000,000＋	250,000,000＋	0＋	0
＋	0＋	0＋	218,329,852				

＝ 8,064,427,994

2.C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。
3.暫時性支付(新藥、新特材)、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。
5.醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額＝第4季已支用點數＋全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。
6.註1專款專用暫結金額，係指不包括113年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、說明

1.本季結算費用年月包括:
費用年月112/12(含)以前:於113/04/01～113/06/30期間核付者。
費用年月113/01～113/03:於113/01/01～113/06/30期間核付者。
2.當地就醫分區未跨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。

六、補充資料：因應長新冠照護衍生費用

第1季

1.已支用點數

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(RT1)	4,941,921	1,600,332	1,148,837	1,752,286	1,131,175	80,716	10,655,267
第2階段住診	(RU1)	43,200	234,000	0	0	54,000	0	331,200
第1與第2階段合計	(RV1=RT1+RU1)	4,985,121	1,834,332	1,148,837	1,752,286	1,185,175	80,716	10,986,467
第3階段								
門診	(RW1)	26,110,653	16,916,312	13,858,130	8,297,105	9,884,183	2,093,918	77,160,301
住診	(RX1)	37,808,181	8,459,246	19,638,116	10,926,780	6,371,791	1,259,119	84,463,233
小計	(RY1)	63,918,834	25,375,558	33,496,246	19,223,885	16,255,974	3,353,037	161,623,534
第1至第3階段合計	(RZ1=RT1+RY1)	68,903,955	27,209,890	34,645,083	20,976,171	17,441,149	3,433,753	172,610,001

2.占率(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA1)							
第2階段住診(SB1)							

3.分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

		臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診	(SE1=RT1×SA1)							
第2階段住診	(SF1=RU1×SB1)							
第1與第2階段合計(SG1=SE1+SF1)								

第2季

1.已支用點數

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (RT2)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診 (RU2)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計(RV2=RT2+RU2)	0	0	0	0	0	0	0
第3階段							
門診 (RW2)	0	0	0	0	0	0	0
住診 (RX2)	0	0	0	0	0	0	0
小計 (RY2)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計(RZ2=RT2+RY2)	0	0	0	0	0	0	0

2.占率(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA2)							
第2階段住診(SB2)							

3.分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (SE2=RT2×SA2)							
第2階段住診 (SF2=RU2×SB2)							
第1與第2階段合計(SG2=SE2+SF2)							

第3季

1.已支用點數

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (RT3)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診 (RU3)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計(RV3=RT3+RU3)	0	0	0	0	0	0	0
第3階段							
門診 (RW3)	0	0	0	0	0	0	0
住診 (RX3)	0	0	0	0	0	0	0
小計 (RY3)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計(RZ3=RT3+RY3)	0	0	0	0	0	0	0

2.占率(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA3)							
第2階段住診(SB3)							

3.分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (SE3=RT3×SA3)							
第2階段住診 (SF3=RU3×SB3)							
第1與第2階段合計(SG3=SE3+SF3)							

第4季

1.已支用點數

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (RT4)	0	0	0	0	0	0	0
第2階段住診 (RU4)	0	0	0	0	0	0	0
第1與第2階段合計(RV4=RT4+RU4)	0	0	0	0	0	0	0
第3階段							
門診 (RW4)	0	0	0	0	0	0	0
住診 (RX4)	0	0	0	0	0	0	0
小計 (RY4)	0	0	0	0	0	0	0
第1至第3階段合計(RZ4=RT4+RY4)	0	0	0	0	0	0	0

2.占率(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診(SA4)							
第2階段住診(SB4)							
第3階段							
門診(SC4)							
住診(SD4)							

3.分配後金額(預算倘有剩餘則不呈現)

	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	小計
第1階段住診 (SE4=RT4×SA4)							
第2階段住診 (SF4=RU4×SB4)							
第1與第2階段合計(SG4=SE4+SF4)							
第3階段							
門診(SH4=RW4×SC4)							
住診(SI4=RX4×SD4)							
小計(SJ4=SH4+SI4)							
第1至第3階段合計(SK4=SG4+SJ4)							