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4號10樓

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 114. 3. 17 文
檔號： 114129

發文日期：中華民國114年3月14日
發文字號：健保醫字第1140661230號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：結算說明表請至本署全球資訊網自行下載

主旨：113年第3季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」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114年3月12日全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第1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114年3月15日起暫付、核付之醫院總額費用依113

年第3季點值辦理，並於114年3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 3 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_q3)

＝ 536,227,557,262 × 25.741161%

＝ 138,031,198,841 (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3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3季醫院門診透析服務預算)×(1＋1.586%)
＝ (5,916,961,380)×(1＋1.586%)
＝ 6,010,804,387
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：	14,274,300	第2季已支用點數：	6,804,340	第2季已支用點數：	21,078,640
第3季已支用點數：	27,313,306	第3季已支用點數：	9,648,272	第3季已支用點數：	36,961,578
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：	45,398,986	全 年已支用點數：	17,436,372	全 年已支用點數：	62,835,358

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：	14,274,300	第2季已支用金額：	6,804,340	第2季已支用金額：	21,078,640
第3季已支用金額：	27,313,306	第3季已支用金額：	9,648,272	第3季已支用金額：	36,961,578
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：	45,398,986	全 年已支用金額：	17,436,372	全 年已支用金額：	62,835,358

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 62,835,358
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－(62,835,358－ 0)
＝ 2,367,064,642

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：	9,176	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,176
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	148	第3季已支用點數：	148
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：	9,176	全 年已支用點數：	962	全 年已支用點數：	10,138

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：	402,926,730	第2季已支用點數：	2,667,510	第2季已支用點數：	405,594,240
第3季已支用點數：	430,759,375	第3季已支用點數：	2,807,680	第3季已支用點數：	433,567,055
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：	1,230,228,904	全 年已支用點數：	7,507,120	全 年已支用點數：	1,237,736,024

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：	402,935,906	第2季已支用點數：	2,667,510	第2季已支用點數：	405,603,416
第3季已支用點數：	430,759,375	第3季已支用點數：	2,807,828	第3季已支用點數：	433,567,203
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：	1,230,238,080	全 年已支用點數：	7,508,082	全 年已支用點數：	1,237,746,162

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：	95,768,237	第2季金額：	652,171	第2季金額：	96,420,408
第3季金額：	82,026,193	第3季金額：	587,544	第3季金額：	82,613,737
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	290,969,163	全 年金額：	1,822,125	全 年金額：	292,791,288

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：	307,167,669	第2季已支用金額：	2,015,339	第2季已支用金額：	309,183,008
第3季已支用金額：	348,733,182	第3季已支用金額：	2,220,284	第3季已支用金額：	350,953,466
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：	939,268,917	全 年已支用金額：	5,685,957	全 年已支用金額：	944,954,874

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,237,746,162

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 －（1,237,746,162－ 292,791,288）
＝ 2,224,000,000 － 944,954,874
＝ 1,279,045,126

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：	2,344,843,823	第2季已支用點數：	453,965,744	第2季已支用點數：	2,798,809,567
第3季已支用點數：	2,513,574,473	第3季已支用點數：	462,992,586	第3季已支用點數：	2,976,567,059
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：	7,135,167,225	全 年已支用點數：	1,332,142,355	全 年已支用點數：	8,467,309,580

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：	86,608,869	第2季金額：	107,564,693	第2季金額：	194,173,562
第3季金額：	155,524,323	第3季金額：	295,951,231	第3季金額：	451,475,554
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	286,384,458	全 年金額：	534,244,384	全 年金額：	820,628,842

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：	2,258,234,954	第2季已支用金額：	346,401,051	第2季已支用金額：	2,604,636,005
第3季已支用金額：	2,358,050,150	第3季已支用金額：	167,041,355	第3季已支用金額：	2,525,091,505
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：	6,848,782,767	全 年已支用金額：	797,897,971	全 年已支用金額：	7,646,680,738

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝ 8,467,309,580－ 820,628,842
＝ 7,646,680,738

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：	1,022,614,354	第2季已支用點數：	26,019,458	第2季已支用點數：	1,048,633,812
第3季已支用點數：	1,080,085,431	第3季已支用點數：	29,894,596	第3季已支用點數：	1,109,980,027
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：	3,092,996,796	全 年已支用點數：	90,934,398	全 年已支用點數：	3,183,931,194

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：	63,213,549	第2季金額：	1,031,836	第2季金額：	64,245,385
第3季金額：	69,652,209	第3季金額：	540,726	第3季金額：	70,192,935
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	190,432,054	全 年金額：	1,646,985	全 年金額：	192,079,039

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：	959,400,805	第2季已支用金額：	24,987,622	第2季已支用金額：	984,388,427
第3季已支用金額：	1,010,433,222	第3季已支用金額：	29,353,870	第3季已支用金額：	1,039,787,092
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：	2,902,564,742	全 年已支用金額：	89,287,413	全 年已支用金額：	2,991,852,155

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝　3,183,931,194－　192,079,039
＝　2,991,852,155

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：	560,000	第2季已支用點數：	560,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	1,120,000	第3季已支用點數：	1,120,000
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：	1,820,000	全 年已支用點數：	1,820,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝　1,820,000

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：	3,367,458,177	第2季已支用點數：	480,545,202	第2季已支用點數：	3,848,003,379
第3季已支用點數：	3,593,659,904	第3季已支用點數：	494,007,182	第3季已支用點數：	4,087,667,086
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：	10,228,164,021	全 年已支用點數：	1,424,896,753	全 年已支用點數：	11,653,060,774

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：	149,822,418	第2季金額：	108,596,529	第2季金額：	258,418,947
第3季金額：	225,176,532	第3季金額：	296,491,957	第3季金額：	521,668,489
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全 年金額：	476,816,512	全 年金額：	535,891,369	全 年金額：	1,012,707,881

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：	3,217,635,759	第2季已支用金額：	371,948,673	第2季已支用金額：	3,589,584,432
第3季已支用金額：	3,368,483,372	第3季已支用金額：	197,515,225	第3季已支用金額：	3,565,998,597
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：	9,751,347,509	全 年已支用金額：	889,005,384	全 年已支用金額：	10,640,352,893

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數
＝ 11,653,060,774

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 －（11,653,060,774－　1,012,707,881）
＝ 15,108,000,000 －　10,640,352,893
＝　4,467,647,107

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：	1,115,318,874	第2季已支用點數：	230,610	第2季已支用點數：	1,115,549,484
第3季已支用點數：	1,152,737,430	第3季已支用點數：	374,322	第3季已支用點數：	1,153,111,752
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：	3,378,115,580	全 年已支用點數：	821,800	全 年已支用點數：	3,378,937,380

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：	1,115,318,874	第2季已支用金額：	230,610	第2季已支用金額：	1,115,549,484
第3季已支用金額：	1,152,737,430	第3季已支用金額：	374,322	第3季已支用金額：	1,153,111,752
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：	3,378,115,580	全 年已支用金額：	821,800	全 年已支用金額：	3,378,937,380

暫結金額＝ 1元/點x已支用點數
＝ 3,378,937,380

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　－(3,378,937,380－　0)
＝ 5,580,000,000　－　3,378,937,380
＝ 2,201,062,620

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：	606,455,132	第2季已支用點數：	647,935,784	第2季已支用點數：	1,254,390,916
第3季已支用點數：	628,073,967	第3季已支用點數：	659,294,047	第3季已支用點數：	1,287,368,014
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：	1,855,330,484	全 年已支用點數：	1,969,531,791	全 年已支用點數：	3,824,862,275

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
＝ 3,824,862,275　　＝ 1,383,197,725

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：	38,475,444	第3季已支用點數：	38,475,444
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：	38,475,444	全 年已支用點數：	38,475,444

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 38,475,444

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：	14,117,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	14,117,200
第3季已支用點數：	14,088,600	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	14,088,600
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：	42,256,800	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	42,256,800

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 42,256,800

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：	156,108,210	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	156,108,210
第3季已支用點數：	161,548,950	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	161,548,950
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：	473,473,830	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	473,473,830

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 473,473,830

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：	57,455,800	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	57,455,800
第3季已支用點數：	62,941,559	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	62,941,559
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：	171,273,519	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	171,273,519

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 171,273,519

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：	213,564,010	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	213,564,010
第3季已支用點數：	224,490,509	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	224,490,509
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：	644,747,349	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	644,747,349

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 644,747,349

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：	12,554,852	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	12,554,852
第3季已支用點數：	10,850,500	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,850,500
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：	31,594,227	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	31,594,227

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 31,594,227

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：	8,127,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,127,200
第3季已支用點數：	8,550,700	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,550,700
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：	25,130,330	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	25,130,330

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 25,130,330

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：	15,383,715	第2季已支用點數：	15,383,715
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,271,100	第3季已支用點數：	10,271,100
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：	35,000,115	全 年已支用點數：	35,000,115

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 35,000,115

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：	695,000
第3季已支用點數：	737,000
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,085,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 2,085,000

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：	8,484,800	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,484,800
第3季已支用點數：	8,864,400	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,864,400
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：	25,387,600	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	25,387,600

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 25,387,600

9.提升醫院用藥安全與品質方案　全年預算＝167百萬元

9.1臨床藥事照護方案　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
＝　20,148,510

未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝　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：　5,375,000　門住診合計已支用點數：　5,375,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝　5,375,000

未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝　29,526,490

第3季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋　29,526,490＝ 57,051,490
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　33,929,205　門住診合計已支用點數：　33,929,205

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝　33,929,205

未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝　23,122,285

第4季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋　23,122,285＝ 50,647,285
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
＝　50,647,285

全年合計：
全年預算　＝110,100,000
已支用點數：　59,452,715
暫結金額　＝第1~4季暫結金額 ＝　20,148,510＋　5,375,000＋　33,929,205＋　0＝　59,452,715
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　110,100,000－　59,452,715＝　50,647,285

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：	277,000	0	277,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	76,250	76,250
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	20,900	20,900
(9)合計：	277,000	97,150	374,150

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
＝ 374,150　　＝ 17,160,230

第3季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 17,160,230＝ 26,385,230

	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：	1,167,600	0	1,167,600
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	227,750	227,750
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	277,420	277,420
(9)合計：	1,167,600	505,170	1,672,770

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
＝ 1,672,770　　＝ 24,712,460

第4季： 預算＝ ＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 24,712,460＝ 33,937,460

	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　　＝ 33,937,460

全年合計：
全年預算　＝　36,900,000
已支用點數：　2,962,540
暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　915,620＋　374,150＋　1,672,770＋　0＝　2,962,540
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　36,900,000－　2,962,540＝　33,937,460

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：	277,000	第2季已支用點數：	5,472,150	第2季已支用點數：	5,749,150
第3季已支用點數：	1,167,600	第3季已支用點數：	34,434,375	第3季已支用點數：	35,601,975
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：	2,128,400	全 年已支用點數：	60,286,855	全 年已支用點數：	62,415,255

暫結金額　＝　62,415,255
未支用金額 ＝ 全年預算　－　暫結金額
＝ 147,000,000 － 62,415,255
＝　84,584,745

9.2抗凝血藥品藥師門診方案　全年預算＝ 20百萬元
第1季: 預算＝ 20,000,000/4＝　5,000,000
門診已支用點數：　0
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
＝　0　＝　5,000,000
第2季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋　5,000,000＝ 10,000,000
門診已支用點數：　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　＝　10,000,000
第3季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋　10,000,000＝ 15,000,000
門診已支用點數：　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　＝　15,000,000
第4季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋　15,000,000＝ 20,000,000
門診已支用點數：　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　＝　20,000,000
全年合計:
全年預算　＝　20,000,000
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＝　20,000,000－　0＝　20,000,000

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：	277,000	第2季已支用點數：	5,472,150	第2季已支用點數：	5,749,150
第3季已支用點數：	1,167,600	第3季已支用點數：	34,434,375	第3季已支用點數：	35,601,975
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：	2,128,400	全 年已支用點數：	60,286,855	全 年已支用點數：	62,415,255

暫結金額　＝　62,415,255（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 －　62,415,255
＝ 104,584,745

註：1.依據本署113年11月21日健保醫字第1130123977號公告修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，自公告日起實施。
本方案包含（一）臨床藥事照護方案；(二）抗凝血藥品藥師門診方案。
2.（子方案一）臨床藥事照護方案：
(1)預算分配：醫學中心及區域醫院：113年1億1,010萬元；地區醫院：113年3,690萬元。
(2)結算方式：本子方案各項預算按季均分，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。
若全年各項預算分配尚有結餘時，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。
3.（子方案二）抗凝血藥品藥師門診方案：
(1)預算：113年2,000萬元。
(2)結算方式：本子方案預算按季均分，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。
若全年預算尚有結餘時，則於年度結束後進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

10.生物相似性藥品　全年預算＝47.0百萬元

第1季：預算＝ 47,000,000/4＝ 11,750,000
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　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝　0　＝ 11,750,000

第2季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 47,000,000/4＋ 11,750,000＝ 23,500,000
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　未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝　0　＝ 23,500,000

第3季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 47,000,000/4＋ 23,500,000＝ 35,250,000
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　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝　0　＝ 35,250,000

第4季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 47,000,000/4＋ 35,250,000＝ 47,000,000
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　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額
＝　0　＝ 47,000,000

全年合計：
全年預算　＝ 47,000,000
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＝ 47,000,000－　0＝ 47,000,000

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。

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：	257,820,062	第2季已支用點數：	20,855,865	第2季已支用點數：	278,675,927
第3季已支用點數：	268,749,309	第3季已支用點數：	83,180,919	第3季已支用點數：	351,930,228
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：	773,329,706	全 年已支用點數：	133,762,414	全 年已支用點數：	907,092,120

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：	257,820,062	第2季暫結金額：	20,855,865	第2季暫結金額：	278,675,927
第3季暫結金額：	268,749,309	第3季暫結金額：	83,180,919	第3季暫結金額：	351,930,228
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：	773,329,706	全 年暫結金額：	133,762,414	全 年暫結金額：	907,092,120

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＋　278,675,927＋　351,930,228＋　0
＝　907,092,120
未支用金額 ＝　全年預算　－ 暫結金額
＝　1,814,100,000 －　907,092,120
＝　907,007,880

(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：	10,647,000	10,647,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,344,797	9,344,797	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：	19,991,797	19,991,797	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：	12,749,000	12,749,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,409,580	1,409,580	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：	14,158,580	14,158,580	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：	23,396,000	23,396,000	0
(2)轉診品質獎勵：	10,754,377	10,754,377	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：	34,150,377	34,150,377	0

已支用點數＝　34,150,377
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　34,150,377
未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數　＝　36,996,983 － 34,150,377 ＝　2,846,606

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 +　2,846,606　＝　37,846,606

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：	10,856,000	10,856,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,311,376	9,311,376	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：	20,167,376	20,167,376	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：	11,596,020	11,596,020	0
(2)轉診品質獎勵：	1,176,944	1,176,944	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：	12,772,964	12,772,964	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：	22,452,020	22,452,020	0
(2)轉診品質獎勵：	10,488,320	10,488,320	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：	32,940,340	32,940,340	0

已支用點數＝　32,940,340
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　32,940,340
未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數　＝　37,846,606 － 32,940,340 ＝　4,906,266

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 +　4,906,266+　160,000,000　＝ 199,906,266

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　＝ 199,906,266 －　0 ＝ 199,906,266

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：	30,965,500	30,965,500	0
(2)轉診品質獎勵：	28,063,267	28,063,267	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：	59,028,767	59,028,767	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：	37,174,597	37,174,597	0
(2)轉診品質獎勵：	3,890,370	3,890,370	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：	41,064,967	41,064,967	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：	68,140,097	68,140,097	0
(2)轉診品質獎勵：	31,953,637	31,953,637	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：	100,093,734	100,093,734	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 ＋ 34,150,377 ＋ 32,940,340 ＋ 0 ＝ 100,093,734

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 300,000,000 － 100,093,734 ＝ 199,906,266

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　7,373,500(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　8,151,522(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　11,850,300(K3)
(4)合計：　已支用點數　27,375,322(K9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　27,375,322　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　4,263,301

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　4,263,301＝　33,013,301
(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　7,532,166(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　8,482,018(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　12,093,300(L3)
(4)合計：　已支用點數　28,107,484(L9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　28,107,484　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　4,905,817

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 115,000,000/4＋ 4,905,817＝ 33,655,817

(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＝ 33,655,817

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　22,144,620(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　24,442,563(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　34,757,000(N3)

(4)合計：　已支用點數　81,344,183(N9)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數＝ 81,344,183

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 115,000,000 － 81,344,183＝ 33,655,817

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

1.第1階段：保障措施(計畫第陸點) 全年預算＝1,100.0百萬元

第1季已支用點數： 179,060,623
第2季已支用點數： 190,080,723
第3季已支用點數： 188,575,279
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
小計已支用點數： 557,716,625
暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 557,716,625
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 542,283,375（年度第1階段結束如有剩餘款，則支應第2階段不足款）

2.第2階段：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施(計畫第柒點) 全年預算＝200.0百萬元

全年已支用點數： 200,000,000
暫結金額 ＝1元/點x全年已支用點數＝ 200,000,000
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 200,000,000 － 200,000,000 ＝ 0
若本階段預算不足支應時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例＝全年預算/∑各醫院保障金額)
折付比例＝全年預算 / ∑各醫院保障金額＝ 200,000,000 / 529,022,206 ＝ 0.37805596（取到小數位第8位）

3.合計(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數： 179,060,623
第2季已支用點數： 190,080,723
第3季已支用點數： 188,575,279
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
全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數 ： 200,000,000
合計已支用點數： 757,716,625
暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 757,716,625
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 1,300,000,000 － 757,716,625 ＝ 542,283,375

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.預算來源:全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」專款項目下支應。
其中2億元支應「偏遠地區燈塔型地區醫院」之補助，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。
3.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，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低保障500萬元。

(5)本預算扣除偏遠地區燈塔型地區醫院預算後，剩餘預算依第陸點保障措施分配，預算不足時，實際保障金額以原計算保障金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院保障金額)。

4.偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

(1)補助條件：同一醫院納入112年結算之費用年月112年1-12月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助。

<1>基期收入，係指納入108-112年結算之該院費用年月108年1-12月一般服務收入加計109年至112年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：112年之基期收入=108年一般服務收入×(1+5.471%)×(1+5.047%)×(1+3.049%)×(1+3.092%)。

<2>一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。

<3>112年費用未及納入112年結算者，自結算年113年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以0元計。

(2)補助金額之計算：

<1>符合前項補助條件者，依下列方式計算：

A.未及基期收入9成者，以每點1元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。

B.9成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

C.大於基期者，補助至第陸點該醫院所適用保障金額上限。

D.若遇有分區管控、基期或當期異常【如較基期大幅減少者：人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目等】、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事 ，保險人得予以調整補助額度。

<2>補助金額：前開計算結果扣除112年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。

(3)結算：第柒點預算以2億元為上限，若預算不足時，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(2億元)/∑各醫院補助金額)。年度結算時，若本計畫預算尚有剩餘，得予以補付。

(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（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　　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：　55,635,100（傳票日期：113年10月18日前核付）

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

＝　55,635,100　　＝　6,010,500

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　6,010,500＝ 62,185,500

已支用點數：　54,506,650

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

＝　54,506,650　　＝　7,678,850

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　7,678,850＝ 63,853,850

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　　＝　63,853,850

全年合計:

全年預算　＝ 224,700,000

已支用點數：　160,846,150

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　50,704,400＋　55,635,100＋　54,506,650＋　0＝　160,846,150

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　224,700,000－　160,846,150＝　63,853,850

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： 37,595,928
第3季已支用點數： 37,489,105
第4季已支用點數： 0
全 年已支用點數： 112,322,824

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 112,322,824
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 200,000,000 － 112,322,824 ＝ 87,677,176

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(併入一般服務費用結算)

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： 1,403,245
第3季已支用點數： 1,531,712
第4季已支用點數： 0
全 年已支用點數： 4,788,643

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 4,788,643
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 15,000,000 － 4,788,643 ＝ 10,211,357

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： 113,990,250

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

＝ 113,990,250　　＝ 54,563,500

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 54,563,500＝ 194,563,500

已支用點數： 119,278,500

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

＝ 119,278,500　　＝ 75,285,000

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 560,000,000/4＋ 75,285,000＝ 215,285,000

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　　＝ 215,285,000

全年合計:

全年預算 ＝ 560,000,000

已支用點數： 344,715,000

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 111,446,250＋ 113,990,250＋ 119,278,500＋ 0＝ 344,715,000

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 560,000,000－ 344,715,000＝ 215,285,000

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：	454,548,311	第2季已支用點數：	116,323,603	第2季已支用點數：	570,871,914
第3季已支用點數：	485,356,159	第3季已支用點數：	121,947,504	第3季已支用點數：	607,303,663
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：	1,385,227,762	全 年已支用點數：	347,651,220	全 年已支用點數：	1,732,878,982

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：	454,548,311	第2季已支用金額：	116,323,603	第2季已支用金額：	570,871,914
第3季已支用金額：	485,356,159	第3季已支用金額：	121,947,504	第3季已支用金額：	607,303,663
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：	1,385,227,762	全 年已支用金額：	347,651,220	全 年已支用金額：	1,732,878,982

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,732,878,982

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 －(1,732,878,982－ 0)
＝ 2,664,000,000 － 1,732,878,982
＝ 931,121,018

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x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x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

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝　32,000,000－　10,986,467＝　21,013,533

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： 5,073,773　門住診已支用點數： 5,073,773

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 5,073,773

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 － 5,073,773 ＝ 47,939,760

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＝ 47,939,760

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 481,500　門住診已支用點數： 481,500

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 － 481,500

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 ＝ 47,939,760 － 481,500 ＝ 47,458,260

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： 67,765,490　住診醫療點數： 74,345,969　門住診醫療點數： 142,111,459

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 67,765,490　住診點數： 79,901,242　門住診點數： 147,666,732

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：	5,073,773	門住診第1階段：	5,073,773
第2階段：	0	第2階段：	481,500	第2階段：	481,500
合計：	0	合計：	5,555,273	合計：	5,555,273

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	5,073,773	門住診第1階段：	5,073,773
第2階段：	0	第2階段：	481,500	第2階段：	481,500
合計：	0	合計：	5,555,273	合計：	5,555,273

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝ 53,013,533－ 5,555,273＝ 47,458,260

第3季：128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 47,458,260＝ 79,458,260

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： 9,145,206　門住診已支用點數： 9,145,206

第1階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 9,145,206

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 ＝ 79,458,260 － 9,145,206 ＝ 70,313,054

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＝ 70,313,054

門診已支用點數： 0　住診已支用點數： 963,000　門住診已支用點數： 963,000

第2階段暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 － 963,000

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 ＝ 70,313,054 － 963,000 ＝ 69,350,054

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： 66,867,420　住診醫療點數： 93,184,202　門住診醫療點數： 160,051,622

17.4 第1至第3階段合計點數

門診點數： 66,867,420　住診點數： 103,292,408　門住診點數： 170,159,828

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：	9,145,206	門住診第1階段：	9,145,206
第2階段：	0	第2階段：	963,000	第2階段：	963,000
合計：	0	合計：	10,108,206	合計：	10,108,206

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	9,145,206	門住診第1階段：	9,145,206
第2階段：	0	第2階段：	963,000	第2階段：	963,000
合計：	0	合計：	10,108,206	合計：	10,108,206

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝ 79,458,260－ 10,108,206＝ 69,350,054

第4季：128,000,000/4＋ 前一季未支用金額＝ 128,000,000/4＋ 69,350,054＝ 101,350,054

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 ＝ 101,350,054 － 0 ＝ 101,350,054

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＝101,350,054

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 ＝ 101,350,054 － 0 ＝ 101,350,054

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＝ 101,350,054

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

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝ 101,350,054－ 0＝ 101,350,054

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：	24,874,246	門住診已支用點數：	24,874,246
門診暫結金額：	0	住診暫結金額：	24,874,246	門住診暫結金額：	24,874,246

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：	1,775,700	門住診已支用點數：	1,775,700
門診暫結金額：	0	住診暫結金額：	1,775,700	門住診暫結金額：	1,775,700

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)

門診合計點數：	211,793,211	住診合計點數：	251,993,404	門住診合計點數：	463,786,615

17.9 合計

合計已支用點數：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	24,874,246	門住診第1階段：	24,874,246	
第2階段：	0	第2階段：	1,775,700	第2階段：	1,775,700	
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0	(本項為全年結算，Q4始納入結算)
合計：	0	合計：	26,649,946	合計：	26,649,946	

合計暫結金額：

門診第1階段：	0	住診第1階段：	24,874,246	門住診第1階段：	24,874,246	
第2階段：	0	第2階段：	1,775,700	第2階段：	1,775,700	
第3階段：	0	第3階段：	0	第3階段：	0	(本項為全年結算，Q4始納入結算)
合計：	0	合計：	26,649,946	合計：	26,649,946	

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 128,000,000－ 26,649,946＝ 101,350,054

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： 9,781,390
暫結金額＝ 9,781,390
未支用金額＝第2季預算 － 結算金額＝ 242,734,314－ 9,781,390＝ 232,952,924

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 232,952,924＝ 357,952,924
已支用點數： 10,804,635
暫結金額＝ 10,804,635
未支用金額＝第3季預算 － 結算金額＝ 357,952,924－ 10,804,635＝ 347,148,289

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 500,000,000/4＋ 347,148,289＝ 472,148,289
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＝ 472,148,289－ 0＝ 472,148,289

全年合計:

已支用點數： 27,851,711
暫結金額 ＝ 27,851,711
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－ 27,851,711＝ 472,148,289

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：　371,308,798
第3季已支用點數：　382,906,118
第4季已支用點數：　0
全 年已支用點數：　1,081,323,206

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝ 1,081,323,206
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 2,669,000,000－ 1,081,323,206 ＝ 1,587,676,794

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。

2.依據本署113年3月6日全民健康保險醫療給付費用醫院113年第1次研商議事會議及113年3月21日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議113年第2次會議資料「修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「離島地區住院案件」加成規範案，

(1)預算來源：113年醫院總額「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）」項下26.69億元支應。

(2)修訂重點略以：新增第一部總則十五：離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報本標準第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計30%支付。

3.依衛生福利部113年4月19日衛部保字第1131260195號令，修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，新增離島地區醫院住診案件加成規定，並自113年5月1日生效。

(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：　42,032,400

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

＝　42,032,400　　＝ 164,966,000

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 164,966,000＝ 268,466,000

已支用點數：　24,899,100

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

＝　24,899,100　　＝ 243,566,900

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 414,000,000/4＋ 243,566,900＝ 347,066,900

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　　＝ 347,066,900

全年合計:

全年預算　＝ 414,000,000

已支用點數：　66,933,100

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　1,600＋　42,032,400＋　24,899,100＋　0＝　66,933,100

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 414,000,000－　66,933,100＝ 347,066,900

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：　43,991,930
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
＝　43,991,930　　＝　11,177,249

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋　11,177,249＝　56,177,249
已支用點數：　43,856,780
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
＝　43,856,780　　＝　12,320,469

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 180,000,000/4＋　12,320,469＝　57,320,469
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　　＝　57,320,469

全年合計:

全年預算　＝ 180,000,000
已支用點數：　122,679,531
暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　34,830,821＋　43,991,930＋　43,856,780＋　0＝ 122,679,531
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 180,000,000－ 122,679,531＝　57,320,469

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年8月9日前核付）

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： 125,000,000

暫結金額 ＝ 125,000,000　　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＝ 500,000,000/4＋ 0＝ 125,000,000

已支用點數： 125,000,000

暫結金額 ＝ 125,000,000　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額

＝ 0

第4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4季預算 － 暫結金額

＝ 125,000,000

全年合計:

全年預算 ＝ 500,000,000

已支用點數： 375,000,000

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 125,000,000＋ 125,000,000＋ 125,000,000＋ 0＝ 375,000,000

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

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12月24日健保醫字第1130666089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：

<1>「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。

<2>「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年8月9日前核付）

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： 250,000,000

暫結金額 ＝ 250,000,000　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＝ 1,000,000,000/4＋ 0＝ 250,000,000

已支用點數： 250,000,000

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

＝ 0

第4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4季預算 － 暫結金額

＝ 250,000,000

全年合計:

全年預算　＝　1,000,000,000

已支用點數：　750,000,000

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　250,000,000＋　250,000,000＋　250,000,000＋　0＝　750,000,000

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 1,000,000,000－　750,000,000＝　250,000,000

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12月24日健保醫字第1130666089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：

<1>「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。

<2>「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:

預算＝500,000,000/4＝125,000,000

已支用點數：　0

暫結金額 ＝　0　　未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額

＝　125,000,000

第2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＝500,000,000/4＋ 250,000,000＝375,000,000

已支用點數：　3,768,794

暫結金額 ＝　3,768,794　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額

＝　371,231,206

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝500,000,000/4＋ 371,231,206＝496,231,206

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

＝　496,231,206

全年合計:

全年預算　＝ 500,000,000

已支用點數：　3,768,794

暫結金額　＝第1-4季暫結金額　＝　0＋　0＋　3,768,794＋　0＝　3,768,794

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　500,000,000－　3,768,794＝　496,231,206

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113年8月27日健保醫字第1130117666號公告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，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

25.1 網絡建置費費用 全年預算＝ 6.0百萬元

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： 3,394,000
第4季已支用點數： 0
合 計已支用點數： 3,394,000
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 3,394,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 6,000,000－ 3,394,000 ＝ 2,606,000

25.2 品質獎勵費用 全年預算＝ 75.0百萬元

第1季：

預算＝ 75,000,000/4 ＝ 18,750,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數 ＝ 18,750,000 - 0 ＝ 18,750,000

第2季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝　75,000,000/4＋　18,750,000＝　37,500,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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　＝　37,500,000 －　0 ＝　37,500,000

第3季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝　75,000,000/4＋　37,500,000＝　56,250,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	0

已支用點數＝　5,361,000
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　5,361,000
未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數　＝　56,250,000 －　5,361,000 ＝　50,889,000

第4季：
預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝　75,000,000/4＋　50,889,000＝　69,639,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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　＝　69,639,000 －　0 ＝　69,639,000

全年合計：

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	201,000	201,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	2,610,000	2,610,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	2,550,000	2,550,000	0
(4)合計：	5,361,000	5,361,000	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)
＝ 0 ＋ 0 ＋ 5,361,000 ＋ 0 ＝ 5,361,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 75,000,000 － 5,361,000 ＝ 69,639,000

9.(25.1及25.2)合計：

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：	3,394,000	第3季已支用點數：	5,361,000	第3季已支用點數：	8,755,000
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：	3,394,000	全 年已支用點數：	5,361,000	全 年已支用點數：	8,755,000

暫結金額 ＝ 8,755,000
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 81,000,000 － 8,755,000
＝ 72,245,000

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

26.1 網絡建置費費用 全年預算＝ 6.0百萬元

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： 3,348,000
第4季已支用點數： 0
合 計已支用點數： 3,348,000
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 3,348,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 6,000,000－ 3,348,000 ＝ 2,652,000

26.2 品質獎勵費用 全年預算＝ 121.0百萬元

第1季：

預算＝ 121,000,000/4 ＝ 30,250,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數 ＝ 30,250,000 - 0 ＝ 30,250,000

第2季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋　30,250,000＝　60,500,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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　＝　60,500,000 －　0 ＝　60,500,000

第3季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋　60,500,000＝　90,750,000

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,076,454	3,076,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,260,000	1,260,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	1,650,000	1,650,000	0
(4)合計：	5,986,454	5,986,454	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	1,809,000	1,809,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,995,000	1,995,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	3,853,000	3,853,000	0
(4)合計：	7,657,000	7,657,000	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	4,885,454	4,885,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,255,000	3,255,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,503,000	5,503,000	0
(4)合計：	13,643,454	13,643,454	0

已支用點數＝ 13,643,454
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝ 13,643,454
未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數　＝ 90,750,000 － 13,643,454 ＝ 77,106,546

第4季：
預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋ 77,106,546＝ 107,356,546

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	0	0	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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)急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)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　＝ 107,356,546 － 0 ＝ 107,356,546

全年合計：

1.門診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	3,076,454	3,076,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,260,000	1,260,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	1,650,000	1,650,000	0
(4)合計：	5,986,454	5,986,454	0

2.住診：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	1,809,000	1,809,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,995,000	1,995,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	3,853,000	3,853,000	0
(4)合計：	7,657,000	7,657,000	0

3.門住診合計：	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)急重症疾病照護獎勵：	4,885,454	4,885,454	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,255,000	3,255,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,503,000	5,503,000	0
(4)合計：	13,643,454	13,643,454	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)
＝ 0 ＋ 0 ＋ 13,643,454 ＋ 0 ＝ 13,643,454
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 121,000,000 － 13,643,454 ＝ 107,356,546

9.(26.1及26.2)合計：

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：	9,334,454	第3季已支用點數：	7,657,000	第3季已支用點數：	16,991,454
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：	9,334,454	全 年已支用點數：	7,657,000	全 年已支用點數：	16,991,454

暫結金額 ＝ 16,991,454
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 127,000,000 － 16,991,454
＝ 110,008,546

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:(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」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算＝ 225,000,000/4 ＝ 56,250,000

已支用點數： 0

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

＝ 0　　＝ 56,250,000 － 0 ＝ 56,250,000

第2季:(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」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 225,000,000/4＋ 56,250,000＝ 112,500,000

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　　＝ 112,500,000 － 0 ＝ 112,500,000

第3季:(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」;「醫院感染管制品質獎勵」每年結算一次)

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 225,000,000/4＋ 112,500,000＝ 168,750,000

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　　＝ 168,750,000 － 0 ＝ 168,750,000

第4季:

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 225,000,000/4＋ 168,750,000＝ 225,000,000

27.1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

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　　＝ 225,000,000 － 0 ＝ 225,000,000

27.2醫院感染管制品質獎勵(本項目俟支應「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」後倘有剩餘款再支應且每年結算一次)

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝27.1未支用金額 － 暫結金額

＝ 0　　＝ 225,000,000 － 0 ＝ 225,000,000

27.9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　　＝ 225,000,000 － 0 ＝ 225,000,000

全年合計:

全年預算　＝　225,000,000

27.1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	已支用點數：	0
27.2醫院感染管制品質獎勵	已支用點數：	0
27.9合計:	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＝　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

	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	92,954,852	99,662,029	97,555,436	98,530,640	388,702,957
2.113年編列之品質保證保留款預算	125,375,000	125,375,000	125,375,000	125,375,000	501,500,000
3.合計	218,329,852	225,037,029	222,930,436	223,905,640	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	113年門診透析服務預算	調整前一般住診服務費用總額	調整前一般門診服務費用總額
	(G1)	(B)	(D1) ＝(G1＋B)×55%	(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	137,280,093,806	6,155,312,185	78,889,473,295	58,390,620,511
第3季	134,437,974,144	6,010,804,387	77,246,828,192	57,191,145,952
第4季	0	0	0	0
合 計	400,418,089,535	17,906,541,050	230,078,546,822	170,339,542,713

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	129,517,889,274	6,155,312,185	74,620,260,802	54,897,628,472
第3季	138,031,198,841	6,010,804,387	79,223,101,775	58,808,097,066
第4季	0	0	0	0
合 計	396,128,112,646	17,906,541,050	227,719,059,532	168,409,053,114

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	0.37237	0.37362	
	北區分區	0.15244	0.15289	0.15245	
	中區分區	0.17676	0.17703	0.17676	
	南區分區	0.13314	0.13338	0.13297	
	高屏分區	0.14108	0.14135	0.14114	
	東區分區	0.02266	0.02298	0.02306	
2.門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	
3.住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35205	0.35212	0.35262	
	北區分區	0.15994	0.16039	0.16099	
	中區分區	0.18125	0.18137	0.18121	
	南區分區	0.13602	0.13580	0.13524	
	高屏分區	0.14830	0.14795	0.14761	
	東區分區	0.02244	0.02237	0.02233	
4.住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

(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	28,089,090	9,790,885	35,210,979	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	95,040,532	46,166,911	401,265,639	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9月30日健保中費一字第1138410067號書函辦理，調整113年各季分配金額，Q1為15,995,396元、Q2為28,089,090元、Q3為9,790,885元、Q4為35,210,979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	12,640,090	4,405,898	15,844,941	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	42,768,239	20,775,110	180,569,536	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	15,449,000	5,384,987	19,366,038	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	52,272,293	25,391,801	220,696,103	330,000,002
3.門住診合計	57,526,918	95,040,532	46,166,911	401,265,639	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	608,712	549,394	0	1,824,820
北區分區	306,707	214,165	320,730	0	841,602
中區分區	488,607	62,928	107,962	0	659,497
南區分區	167,059	194,276	226,727	0	588,062
高屏分區	165,579	286,817	300,092	0	752,488
東區分區	59,020	36,347	26,807	0	122,174
小計	1,853,686	1,403,245	1,531,712	0	4,788,643

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	2,836,339	2,920,262	0	8,172,698
北區分區	927,770	2,363,182	2,821,310	0	6,112,262
中區分區	1,406,247	1,501,133	1,731,565	0	4,638,945
南區分區	791,398	1,011,332	1,024,727	0	2,827,457
高屏分區	1,235,209	1,464,140	1,650,245	0	4,349,594
東區分區	106,875	107,255	105,450	0	319,580
合計	6,883,596	9,283,381	10,253,559	0	26,420,536
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	113,012	145,065	0	336,547
北區分區	64,220	80,655	21,147	0	166,022
中區分區	75,430	66,120	103,094	0	244,644
南區分區	25,175	47,405	80,275	0	152,855
高屏分區	125,875	177,422	175,180	0	478,477
東區分區	12,920	13,395	26,315	0	52,630
合計	382,090	498,009	551,076	0	1,431,175
3.門住診合計					
臺北分區	2,494,567	2,949,351	3,065,327	0	8,509,245
北區分區	991,990	2,443,837	2,842,457	0	6,278,284
中區分區	1,481,677	1,567,253	1,834,659	0	4,883,589
南區分區	816,573	1,058,737	1,105,002	0	2,980,312
高屏分區	1,361,084	1,641,562	1,825,425	0	4,828,071
東區分區	119,795	120,650	131,765	0	372,210
合計	7,265,686	9,781,390	10,804,635	0	27,851,711

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

5.4.1 促進醫療服務診療項目支付衡平性

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.1促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診					
臺北分區	27,835,414	30,633,586	30,493,202	0	88,962,202
北區分區	11,759,071	12,249,274	12,934,179	0	36,942,524
中區分區	18,314,469	19,074,350	19,333,185	0	56,722,004
南區分區	10,834,934	10,517,968	10,363,920	0	31,716,822
高屏分區	10,642,603	11,561,129	11,056,838	0	33,260,570
東區分區	1,669,619	1,964,890	2,072,225	0	5,706,734
合計	81,056,110	86,001,197	86,253,549	0	253,310,856
1.2促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	78,719,646	83,056,230	85,493,283	0	247,269,159
北區分區	34,077,233	36,052,221	36,391,924	0	106,521,378
中區分區	54,826,253	57,708,432	56,967,227	0	169,501,912
南區分區	35,313,249	37,912,367	37,172,888	0	110,398,504
高屏分區	37,544,241	39,828,661	39,971,050	0	117,343,952
東區分區	5,571,558	6,555,992	5,767,465	0	17,895,015
合計	246,052,180	261,113,903	261,763,837	0	768,929,920
1.3門住診合計					
臺北分區	106,555,060	113,689,816	115,986,485	0	336,231,361
北區分區	45,836,304	48,301,495	49,326,103	0	143,463,902
中區分區	73,140,722	76,782,782	76,300,412	0	226,223,916
南區分區	46,148,183	48,430,335	47,536,808	0	142,115,326
高屏分區	48,186,844	51,389,790	51,027,888	0	150,604,522
東區分區	7,241,177	8,520,882	7,839,690	0	23,601,749
合計	327,108,290	347,115,100	348,017,386	0	1,022,240,776

5.4.2 支應離島地區醫院住診案件加成

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.1支應離島地區醫院住診案件加成_住診					
臺北分區	0	9,834,685	14,924,267	0	24,758,952
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	14,359,013	19,964,465	0	34,323,478
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	24,193,698	34,888,732	0	59,082,430
1.2支應離島地區醫院住診案件加成合計					
臺北分區	0	9,834,685	14,924,267	0	24,758,952
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	14,359,013	19,964,465	0	34,323,478
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	24,193,698	34,888,732	0	59,082,430

5.4.9 合計(加總5.4.1及5.4.2) 離島地區醫院住診案件加成

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.1支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_門診					
臺北分區	27,835,414	30,633,586	30,493,202	0	88,962,202
北區分區	11,759,071	12,249,274	12,934,179	0	36,942,524
中區分區	18,314,469	19,074,350	19,333,185	0	56,722,004
南區分區	10,834,934	10,517,968	10,363,920	0	31,716,822
高屏分區	10,642,603	11,561,129	11,056,838	0	33,260,570
東區分區	1,669,619	1,964,890	2,072,225	0	5,706,734
合計	81,056,110	86,001,197	86,253,549	0	253,310,856
1.2支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_住診					
臺北分區	78,719,646	92,890,915	100,417,550	0	272,028,111
北區分區	34,077,233	36,052,221	36,391,924	0	106,521,378
中區分區	54,826,253	57,708,432	56,967,227	0	169,501,912
南區分區	35,313,249	37,912,367	37,172,888	0	110,398,504
高屏分區	37,544,241	54,187,674	59,935,515	0	151,667,430
東區分區	5,571,558	6,555,992	5,767,465	0	17,895,015
合計	246,052,180	285,307,601	296,652,569	0	828,012,350
1.3支應促進醫療服務診療項目支付衡平性及離島地區醫院住診案件加成_門住診合計					
臺北分區	106,555,060	123,524,501	130,910,752	0	360,990,313
北區分區	45,836,304	48,301,495	49,326,103	0	143,463,902
中區分區	73,140,722	76,782,782	76,300,412	0	226,223,916
南區分區	46,148,183	48,430,335	47,536,808	0	142,115,326
高屏分區	48,186,844	65,748,803	70,992,353	0	184,928,000
東區分區	7,241,177	8,520,882	7,839,690	0	23,601,749
合計	327,108,290	371,308,798	382,906,118	0	1,081,323,206

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	21,942,725,902	21,483,898,043		64,044,994,562
北區分區	7,663,325,241	8,182,889,107	8,009,076,467		23,855,290,815
中區分區	9,751,899,706	10,464,559,790	10,246,306,229		30,462,765,725
南區分區	7,650,454,144	8,145,638,319	7,954,086,459		23,750,178,922
高屏分區	8,041,894,632	8,542,211,068	8,388,168,547		24,972,274,247
東區分區	1,287,788,627	1,392,779,040	1,369,022,323		4,049,589,990
小　計	55,013,732,967	58,670,803,226	57,450,558,068		171,135,094,261

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	27,615,641,671	26,915,229,034		80,293,776,165
北區分區	10,417,395,474	11,181,827,692	10,896,852,834		32,496,076,000
中區分區	13,518,610,538	14,408,372,961	14,103,264,621		42,030,248,120
南區分區	10,821,216,655	11,511,435,808	11,292,463,590		33,625,116,053
高屏分區	11,498,774,908	12,148,405,929	12,053,911,125		35,701,091,962
東區分區	2,214,256,528	2,368,825,655	2,319,342,352		6,902,424,535
小　計	74,233,159,563	79,234,509,716	77,581,063,556		231,048,732,835

(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	20,635,183,014	22,088,900,353		63,322,033,902
北區分區	7,655,725,513	7,694,718,320	8,234,850,058		23,585,293,891
中區分區	9,742,229,621	9,840,545,145	10,535,277,384		30,118,052,150
南區分區	7,642,945,846	7,665,122,773	8,176,163,053		23,484,231,672
高屏分區	8,033,910,104	8,031,995,310	8,624,961,336		24,690,866,750
東區分區	1,286,522,674	1,310,246,625	1,407,356,998		4,004,126,297
小　計	54,959,284,293	55,177,811,187	59,067,509,182		169,204,604,662

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	26,126,361,047	27,601,135,295		79,467,291,512
北區分區	10,408,060,966	10,579,247,560	11,174,415,519		32,161,724,045
中區分區	13,506,502,526	13,632,633,570	14,462,450,369		41,601,586,465
南區分區	10,811,511,040	10,891,501,327	11,580,365,149		33,283,377,516
高屏分區	11,488,461,073	11,493,976,211	12,360,715,741		35,343,153,025
東區分區	2,212,280,408	2,241,577,508	2,378,255,066		6,832,112,982
小　計	74,166,611,183	74,965,297,223	79,557,337,139		228,689,245,545

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	12,461,101,495(BF1)	0.89968491	----------	12,898,129,795	5,467,109
	2-北區分區	1,281,570,412	0.89968491	1,153,009,561	1,345,341,387	
	3-中區分區	585,433,340	0.89968491	526,705,542	622,959,133	
	4-南區分區	337,119,062	0.89968491	303,300,933	412,321,601	
	5-高屏分區	427,147,725	0.89968491	384,298,363	462,154,311	
	6-東區分區	95,526,879	0.89968491	85,944,092	100,057,657	
	7-合計	15,187,898,913(GF1)		2,453,258,491(AF1)	15,840,963,884(BG1)	5,467,109(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	994,841,971	0.89968491	895,044,309	1,094,554,848	
	2-北區分區	3,828,488,410(BF1)	0.89968491	----------	4,209,539,688	2,576,925
	3-中區分區	373,762,192	0.89968491	336,268,204	395,219,389	
	4-南區分區	141,941,072	0.89968491	127,702,241	160,156,893	
	5-高屏分區	104,059,161	0.89968491	93,620,457	114,848,907	
	6-東區分區	24,603,435	0.89968491	22,135,339	26,834,539	
	7-合計	5,467,696,241(GF1)		1,474,770,550(AF1)	6,001,154,264(BG1)	2,576,925(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	278,077,995	0.89968491	250,182,576	297,884,111	
	2-北區分區	121,328,258	0.89968491	109,157,203	147,759,644	
	3-中區分區	6,064,418,268(BF1)	0.89968491	----------	6,701,991,902	1,874,590
	4-南區分區	163,332,578	0.89968491	146,947,856	218,123,567	
	5-高屏分區	85,584,049	0.89968491	76,998,677	94,556,534	
	6-東區分區	15,821,010	0.89968491	14,233,924	15,915,282	
	7-合計	6,728,562,158(GF1)		597,520,236(AF1)	7,476,231,040(BG1)	1,874,590(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	266,936,210	0.89968491	240,158,480	294,541,287	
	2-北區分區	91,477,789	0.89968491	82,301,186	100,372,882	
	3-中區分區	250,939,550	0.89968491	225,766,526	290,364,102	
	4-南區分區	3,921,040,364(BF1)	0.89968491	----------	5,176,689,332	1,454,821
	5-高屏分區	215,809,468	0.89968491	194,160,522	255,912,284	
	6-東區分區	10,983,422	0.89968491	9,881,619	12,084,503	
	7-合計	4,757,186,803(GF1)		752,268,333(AF1)	6,129,964,390(BG1)	1,454,821(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	161,910,282	0.89968491	145,668,237	168,355,193	
	2-北區分區	56,041,660	0.89968491	50,419,836	63,665,327	
	3-中區分區	102,736,209	0.89968491	92,430,217	114,968,638	
	4-南區分區	251,664,074	0.89968491	226,418,370	297,276,214	
	5-高屏分區	4,721,917,423(BF1)	0.89968491	----------	5,367,965,750	1,254,008
	6-東區分區	19,238,719	0.89968491	17,308,785	21,489,850	
	7-合計	5,313,508,367(GF1)		532,245,445(AF1)	6,033,720,972(BG1)	1,254,008(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	73,032,424	0.89968491	65,706,170	78,518,676	
	2-北區分區	24,396,273	0.89968491	21,948,959	27,571,905	
	3-中區分區	20,501,891	0.89968491	18,445,242	21,169,027	
	4-南區分區	9,389,809	0.89968491	8,447,869	12,646,459	
	5-高屏分區	29,081,124	0.89968491	26,163,848	35,393,793	
	6-東區分區	759,353,966(BF1)	0.89968491	----------	854,739,524	337,372
	7-合計	915,755,487(GF1)		140,712,088(AF1)	1,030,039,384(BG1)	337,372(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	69,970,895(BF2)	0.92691421	64,857,017	67,137,852
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	13,627,041(BF2)	0.94058525	12,817,394	17,666,672
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	733,357(BF2)	0.95857774	702,980	436,407
	6-東區分區	5,676,304(BF2)	0.96504089	5,477,865	4,433,254
	7-合計	90,007,597(GF2)		83,855,256(AF2)	89,674,185(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,363,416(BF2)	0.92691421	1,263,770	1,294,035
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	4,814,340(BF2)	0.94058525	4,528,297	7,025,272
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	136,278(BF2)	0.95857774	130,633	100,054
	6-東區分區	1,589,970(BF2)	0.96504089	1,534,386	1,386,284
	7-合計	7,904,004(GF2)		7,457,086(AF2)	9,805,645(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	802,306(BF2)	0.92691421	743,669	971,434
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	207,793,969(BF2)	0.94058525	195,447,942	272,573,408
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	158,292(BF2)	0.95857774	151,735	186,935
	6-東區分區	1,308,133(BF2)	0.96504089	1,262,402	850,608
	7-合計	210,062,700(GF2)		197,605,748(AF2)	274,582,385(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	439,908(BF2)	0.92691421	407,757	807,585
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	8,350,482(BF2)	0.94058525	7,854,340	12,355,478
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	268,420(BF2)	0.95857774	257,301	237,185
	6-東區分區	1,178,598(BF2)	0.96504089	1,137,395	929,568
	7-合計	10,237,408(GF2)		9,656,793(AF2)	14,329,816(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,146,435(BF2)	0.92691421	1,062,647	1,462,146
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	2,339,584(BF2)	0.94058525	2,200,578	3,785,319
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	13,393,840(BF2)	0.95857774	12,839,037	10,605,557
	6-東區分區	1,167,381(BF2)	0.96504089	1,126,570	1,105,915
	7-合計	18,047,240(GF2)		17,228,832(AF2)	16,958,937(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	167,015(BF2)	0.92691421	154,809	205,839
	2-北區分區	0(BF2)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	431,800(BF2)	0.94058525	406,145	569,802
	4-南區分區	0(BF2)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	52,611(BF2)	0.95857774	50,432	59,940
	6-東區分區	14,310,035(BF2)	0.96504089	13,809,769	10,954,860
	7-合計	14,961,461(GF2)		14,421,155(AF2)	11,790,441(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	11,088,708,094(BF3)	0.89968491	----------	7,133,510,773	14,568,459
	2-北區分區	1,082,523,872	0.89968491	973,930,392	796,881,660	
	3-中區分區	512,399,692	0.89968491	460,998,271	373,674,374	
	4-南區分區	331,477,846	0.89968491	298,225,616	217,338,200	
	5-高屏分區	389,245,204	0.89968491	350,198,036	279,971,190	
	6-東區分區	128,079,875	0.89968491	115,231,531	76,589,958	
	7-合計	13,532,434,583(GF3)		2,198,583,846(AF3)	8,877,966,155(BG3)	14,568,459(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	1,014,654,571	0.89968491	912,869,406	672,497,100	
	2-北區分區	3,647,706,496(BF3)	0.89968491	----------	2,545,611,145	7,795,669
	3-中區分區	401,246,808	0.89968491	360,995,698	280,455,626	
	4-南區分區	143,976,689	0.89968491	129,533,654	95,848,043	
	5-高屏分區	98,032,784	0.89968491	88,198,616	67,513,644	
	6-東區分區	35,132,548	0.89968491	31,608,223	17,529,403	
	7-合計	5,340,749,896(GF3)		1,523,205,597(AF3)	3,679,454,961(BG3)	7,795,669(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	284,299,663	0.89968491	255,780,117	194,753,515	
	2-北區分區	126,153,994	0.89968491	113,498,845	92,260,730	
	3-中區分區	6,177,223,654(BF3)	0.89968491	----------	4,224,237,816	4,789,154
	4-南區分區	173,055,865	0.89968491	155,695,750	116,015,623	
	5-高屏分區	93,389,929	0.89968491	84,021,510	61,124,916	
	6-東區分區	24,125,361	0.89968491	21,705,223	11,494,404	
	7-合計	6,878,248,466(GF3)		630,701,445(AF3)	4,699,887,004(BG3)	4,789,154(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	298,045,325	0.89968491	268,146,881	194,632,950	
	2-北區分區	96,172,125	0.89968491	86,524,610	71,628,263	
	3-中區分區	329,185,784	0.89968491	296,163,482	238,566,786	
	4-南區分區	4,682,045,272(BF3)	0.89968491	----------	2,942,736,431	3,554,399
	5-高屏分區	254,762,893	0.89968491	229,206,330	165,769,989	
	6-東區分區	15,797,142	0.89968491	14,212,450	9,147,474	
	7-合計	5,676,008,541(GF3)		894,253,753(AF3)	3,622,481,893(BG3)	3,554,399(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	178,792,906	0.89968491	160,857,280	126,622,571	
	2-北區分區	63,732,400	0.89968491	57,339,079	42,666,893	
	3-中區分區	104,148,657	0.89968491	93,700,975	77,253,671	
	4-南區分區	303,346,014	0.89968491	272,915,831	185,159,860	
	5-高屏分區	5,465,041,667(BF3)	0.89968491	----------	3,564,151,761	3,506,056
	6-東區分區	31,136,256	0.89968491	28,012,820	14,815,531	
	7-合計	6,146,197,900(GF3)		612,825,985(AF3)	4,010,670,287(BG3)	3,506,056(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	98,129,885	0.89968491	88,285,977	65,805,188	
	2-北區分區	34,811,635	0.89968491	31,319,503	23,330,065	
	3-中區分區	20,823,483	0.89968491	18,734,573	13,556,009	
	4-南區分區	13,577,111	0.89968491	12,215,122	8,028,146	
	5-高屏分區	43,200,104	0.89968491	38,866,482	33,051,433	
	6-東區分區	872,864,979(BF3)	0.89968491	----------	563,413,023	484,642
	7-合計	1,083,407,197(GF3)		189,421,657(AF3)	707,183,864(BG3)	484,642(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	100,771,743(BF4)	0.92691421	93,406,761	67,862,208
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	9,411,426(BF4)	0.94058525	8,852,248	7,320,000
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	1,557,237(BF4)	0.95857774	1,492,733	1,013,919
	6-東區分區	16,624,039(BF4)	0.96504089	16,042,877	3,011,193
	7-合計	128,364,445(GF4)		119,794,619(AF4)	79,207,320(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,090,343(BF4)	0.92691421	1,937,569	1,153,920
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	3,711,955(BF4)	0.94058525	3,491,410	2,664,501
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	434,410(BF4)	0.95857774	416,416	231,133
	6-東區分區	9,149,237(BF4)	0.96504089	8,829,388	1,365,768
	7-合計	15,385,945(GF4)		14,674,783(AF4)	5,415,322(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	639,280(BF4)	0.92691421	592,558	623,740
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	187,803,214(BF4)	0.94058525	176,644,933	132,816,779
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	555,637(BF4)	0.95857774	532,621	369,257
	6-東區分區	6,496,973(BF4)	0.96504089	6,269,845	984,803
	7-合計	195,495,104(GF4)		184,039,957(AF4)	134,794,579(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	1,217,819(BF4)	0.92691421	1,128,814	620,858
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	5,336,163(BF4)	0.94058525	5,019,116	5,623,462
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	1,632,726(BF4)	0.95857774	1,565,095	734,964
	6-東區分區	8,083,596(BF4)	0.96504089	7,801,001	1,702,990
	7-合計	16,270,304(GF4)		15,514,026(AF4)	8,682,274(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,169,631(BF4)	0.92691421	1,084,148	1,185,701
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	2,780,476(BF4)	0.94058525	2,615,275	2,518,326
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	59,311,406(BF4)	0.95857774	56,854,594	34,188,223
	6-東區分區	7,426,141(BF4)	0.96504089	7,166,530	1,294,252
	7-合計	70,687,654(GF4)		67,720,547(AF4)	39,186,502(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	475,032(BF4)	0.92691421	440,314	254,564
	2-北區分區	0(BF4)	0.94107024	0	0
	3-中區分區	447,990(BF4)	0.94058525	421,373	350,590
	4-南區分區	0(BF4)	0.98922358	0	0
	5-高屏分區	372,147(BF4)	0.95857774	356,732	343,938
	6-東區分區	40,127,022(BF4)	0.96504089	38,724,217	13,369,848
	7-合計	41,422,191(GF4)		39,942,636(AF4)	14,318,940(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 ＝[22,088,900,353＋ 27,601,135,295 － 4,651,842,337 －(24,718,930,039 － 728,901,109)
－ 203,649,875 － 168,881,505 － 20,035,568]／23,549,809,589 ＝ 0.87710252

北區分區 ＝[8,234,850,058＋ 11,174,415,519 － 2,997,976,147 －(9,680,609,225 － 250,702,037)
－ 22,131,869 － 15,220,967 － 10,372,594]／ 7,476,194,906 ＝ 0.92743125

中區分區 ＝[10,535,277,384＋ 14,462,450,369 － 1,228,221,681 －(12,176,118,044 － 368,215,162)
－ 381,645,705 － 409,376,964 － 6,663,744]／12,241,641,922 ＝ 0.91196237

南區分區 ＝[8,176,163,053＋ 11,580,365,149 － 1,646,522,086 －(9,752,446,283 － 296,129,124)
－ 25,170,819 － 23,012,090 － 5,009,220]／ 8,603,085,636 ＝ 0.99969908

高屏分區 ＝[8,624,961,336＋ 12,360,715,741 － 1,145,071,430 －(10,044,391,259 － 284,419,846)
－ 84,949,379 － 56,145,439 － 4,760,064]／10,186,959,090 ＝ 0.97524485

東區分區 ＝[1,407,356,998＋ 2,378,255,066 － 330,133,745 －(1,737,223,248 － 43,252,114)
－ 54,363,791 － 26,109,381 － 822,014]／ 1,632,218,945 ＝ 1.02940356

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)
＝[59,067,509,182＋ 79,557,337,139 －(68,808,464,444 － 1,971,619,392)－ 47,663,204]／77,846,500,605
＝ 0.92156150

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 ＝[22,088,900,353＋ 27,601,135,295]／[28,938,705,538＋24,887,811,544－ 728,901,109 ＋ 20,035,568]＝ 0.93547125
北區分區 ＝[8,234,850,058＋ 11,174,415,519]／[10,831,736,086＋ 9,695,830,192－ 250,702,037 ＋ 10,372,594]＝ 0.95672297
中區分區 ＝[10,535,277,384＋ 14,462,450,369]／[14,012,368,428＋12,585,495,008－ 368,215,162 ＋ 6,663,744]＝ 0.95279122
南區分區 ＝[8,176,163,053＋ 11,580,365,149]／[10,459,703,056＋ 9,775,458,373－ 296,129,124 ＋ 5,009,220]＝ 0.99059803
高屏分區 ＝[8,624,961,336＋ 12,360,715,741]／[11,548,441,161＋10,100,536,698－ 284,419,846 ＋ 4,760,064]＝ 0.98204711
東區分區 ＝[1,407,356,998＋ 2,378,255,066]／[2,055,546,336＋ 1,763,332,629－ 43,252,114 ＋ 822,014]＝ 1.00242641

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
＝[59,067,509,182＋ 79,557,337,139]／[77,846,500,605＋68,808,464,444－1,971,619,392 ＋ 47,663,204]＝ 0.95781027

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(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區 ＝[22,088,900,353＋27,601,135,295＋ 3,395,784,233]／[28,938,705,538＋24,887,811,544－ 728,901,109＋ 20,035,568＋ 3,121,465,383]＝0.94393054
北區分區 ＝[8,234,850,058＋11,174,415,519＋ 1,040,437,730]／[10,831,736,086＋ 9,695,830,192－ 250,702,037＋ 10,372,594＋ 841,457,566]＝0.96786403
中區分區 ＝[10,535,277,384＋14,462,450,369＋ 1,886,415,663]／[14,012,368,428＋12,585,495,008－ 368,215,162＋ 6,663,744＋ 1,666,388,437]＝0.96349611
南區分區 ＝[8,176,163,053＋11,580,365,149＋ 1,000,358,409]／[10,459,703,056＋ 9,775,458,373－ 296,129,124＋ 5,009,220＋ 814,380,254]＝0.99992605
高屏分區 ＝[8,624,961,336＋12,360,715,741＋ 1,196,728,059]／[11,548,441,161＋10,100,536,698－ 284,419,846＋ 4,760,064＋ 1,023,534,127]＝0.99060204
東區分區 ＝[1,407,356,998＋ 2,378,255,066＋ 191,002,125]／[2,055,546,336＋ 1,763,332,629－ 43,252,114＋ 822,014＋ 147,089,241]＝1.01352761
全　　區 ＝[59,067,509,182＋79,557,337,139＋ 8,710,726,219]／[77,846,500,605＋68,808,464,444－ 1,971,619,392＋ 47,663,204＋ 7,614,315,008]＝0.96711582

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

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。
*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。
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)	1,905,389	913,471	363,291	1,003,187	711,210	177,225	5,073,773
第2階段住診	(RU2)	162,000	180,000	72,000	0	36,000	31,500	481,500
第1與第2階段合計(RV2=RT2+RU2)		2,067,389	1,093,471	435,291	1,003,187	747,210	208,725	5,555,273
第3階段								
門診	(RW2)	21,189,031	16,267,602	11,918,439	7,491,984	9,503,740	1,394,694	67,765,490
住診	(RX2)	33,147,729	4,620,568	14,266,588	14,207,408	6,636,945	1,466,731	74,345,969
小計	(RY2)	54,336,760	20,888,170	26,185,027	21,699,392	16,140,685	2,861,425	142,111,459
第1至第3階段合計(RZ2=RT2+RY2)		56,404,149	21,981,641	26,620,318	22,702,579	16,887,895	3,070,150	147,666,732

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)	3,773,341	1,437,304	825,574	1,705,216	1,123,742	280,029	9,145,206
第2階段住診	(RU3)	248,400	64,800	342,000	37,800	270,000	0	963,000
第1與第2階段合計	(RV3=RT3+RU3)	4,021,741	1,502,104	1,167,574	1,743,016	1,393,742	280,029	10,108,206
第3階段								
門診	(RW3)	20,617,170	13,801,276	12,770,033	8,747,163	9,598,594	1,333,184	66,867,420
住診	(RX3)	37,589,329	9,769,481	20,397,913	10,988,768	9,730,944	4,707,767	93,184,202
小計	(RY3)	58,206,499	23,570,757	33,167,946	19,735,931	19,329,538	6,040,951	160,051,622
第1至第3階段合計	(RZ3=RT3+RY3)	62,228,240	25,072,861	34,335,520	21,478,947	20,723,280	6,320,980	170,159,828

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)							