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 114.12.15 文 檔號：114716

發文日期：中華民國114年12月12日
發文字號：健保醫字第1140666364號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行下載

主旨：114年第2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12月10日全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第4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12月15日起暫付、核付之醫院總額費用依114

年第2季點值辦理，並於114年12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

署長陳亮好

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 114年調整後第 2 季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝114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_q2)

＝ 573,045,235,268 × 24.986488%

＝ 143,183,878,945 (D)

註：

1.依據114年3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」114年第1次會議決定，114年醫院總額一般服務預算四季重分配，採107-108年及112年之各季醫療費用申報點數平均占率計算:第1季24.097234%、第2季24.986488%、第3季25.301486%、第4季25.614792%。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。

2.114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、114年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、離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%預算]為573,045,235,268元。

(1)114年第1季調整後預算138,088,051,268＝ 573,045,235,268× 24.097234%(h_q1)。

(2)114年第2季調整後預算143,183,878,945＝ 573,045,235,268× 24.986488%(h_q2)。

(3)114年第3季調整後預算144,988,959,975＝ 573,045,235,268× 25.301486%(h_q3)。

(4)114年第4季調整後預算＝114年全年預算數－114年第1季調整後預算－114年第2季調整後預算－114年第3季調整後預算＝ 146,784,345,080。

(二) 114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	112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額	111年各季校正投保人口預估成長率差值	112年違反特管辦法之扣款(註1)	113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(註1)	112年各季校正投保人口預估成長率差值	113年違反特管辦法之扣款(註2)	114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＋5.388%)	(B3)	(B4)	(G) ＝(G0＋B3＋B4) ×(1＋6.237%)
第1季	123,536,647,327	-1,053,915,319	2,851,109	129,085,106,335	334,881,916	3,030,007	137,495,131,907
第2季	132,047,931,548	-1,417,422,376	2,851,109	137,671,885,733	1,040,540,401	3,030,007	147,367,139,141
第3季	129,125,967,971	-1,194,272,948	2,851,109	134,827,659,478	991,122,483	3,030,007	144,293,018,380
第4季	130,034,904,876	-800,909,033	2,851,109	136,200,128,266	926,464,135	3,030,007	145,682,396,957
合 計	514,745,451,722	-4,466,519,676	11,404,436	537,784,779,812	3,293,008,935	12,120,028	574,837,686,385

項目	106年品質保證保留款(註3)	114年醫院附設門診部回歸醫院(註4)	114年風險調整移撥款(註5)	114年離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%(註6)	114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)	(I)	(G1) ＝(G)－(E)－(F) －(H)－(I)
第1季	92,954,852	150,994,540	162,500,000	37,442,500	137,051,240,015
第2季	99,662,029	150,994,540	162,500,000	37,442,500	146,916,540,072
第3季	97,555,436	150,994,540	162,500,000	37,442,500	143,844,525,904
第4季	98,530,640	150,994,540	162,500,000	37,442,500	145,232,929,277
合 計	388,702,957	603,978,160	650,000,000	149,770,000	573,045,235,268

註：

1.113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＝(112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)＋111年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)＋112年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) ×(1＋5.388%)。

(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，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、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。

(2)112年違反特管辦法之扣款(B2) 11,404,436元，採四季均分。

2.114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)＝(113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＋112年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)＋113年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4))×(1＋6.237%)。

(1)一般服務成長率為6.237%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.344%，協商因素成長率1.893%。

(2)依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後113年度醫院一般服務係依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)醫院一般服務醫療給付費用，醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率差值與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

(3)113年違反特管辦法之扣款(B4) 12,120,028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%)。

4.114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)：603,978,160元。

(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)114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算603,978,160元(＝113年預算568,519,593元×(1＋114年度一般服務成長率6.237%)，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)114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元(＝113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元×(1＋114年度一般服務成長率6.237%))，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373,553,481元(＝113年南區預算351,622,769元×(1＋114年度一般服務成長率6.237%))。

5.風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，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6.5億元，作為風險調整移撥款。

6.離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%(I)：

依據114年3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」114年第1次會議決定，本項預算由114年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含RBRVS)(114年新增項目)」項目預算(15.869億元)支應；114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

（三）114年第2季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

＝ 113年第2季醫院門診透析服務預算 ×（1＋2.917%）

＝ （6,155,312,185)×(1＋2.917%)

＝ 6,334,862,641

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%(總費用47,375.2百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。

（四）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。

二、專款專用費用總額

（一）暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)　全年預算＝　867.0百萬元(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(X1)

門診第1季已支用點數：	21,757,164	住診第1季已支用點數：	347,520	門住診合計第1季已支用點數：	22,104,684
第2季已支用點數：	24,624,204	第2季已支用點數：	477,840	第2季已支用點數：	25,102,044
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：	46,381,368	全 年已支用點數：	825,360	全 年已支用點數：	47,206,728

2.藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	15,589,968	住診第1季金額：	222,546	門住診合計第1季金額：	15,812,514
第2季金額：	22,460,705	第2季金額：	796,093	第2季金額：	23,256,798
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：	38,050,673	全 年金額：	1,018,639	全 年金額：	39,069,312

3.實際已支用金額(T1＝X1－Y1)

門診第1季已支用金額：	6,167,196	住診第1季已支用金額：	124,974	門住診合計第1季已支用金額：	6,292,170
第2季已支用金額：	2,163,499	第2季已支用金額：	-318,253	第2季已支用金額：	1,845,246
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：	8,330,695	全 年已支用金額：	-193,279	全 年已支用金額：	8,137,416

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 － 全年藥品給付協議
＝ 47,206,728 － 39,069,312
＝ 8,137,416

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 867,000,000 － 8,137,416
＝ 858,862,584

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：	4,662	門住診合計第1季已支用點數：	4,662
第2季已支用點數：	5,476	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,476
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	5,476	全 年已支用點數：	4,662	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：	276,578,732	住診第1季已支用點數：	2,561,045	門住診合計第1季已支用點數：	279,139,777
第2季已支用點數：	322,720,549	第2季已支用點數：	2,189,220	第2季已支用點數：	324,909,769
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：	599,299,281	全 年已支用點數：	4,750,265	全 年已支用點數：	604,049,546

3.已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	276,578,732	住診第1季已支用點數：	2,565,707	門住診合計第1季已支用點數：	279,144,439
第2季已支用點數：	322,726,025	第2季已支用點數：	2,189,220	第2季已支用點數：	324,915,245
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：	599,304,757	全 年已支用點數：	4,754,927	全 年已支用點數：	604,059,684

4.藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	86,389,176	住診第1季金額：	834,402	門住診合計第1季金額：	87,223,578
第2季金額：	76,146,324	第2季金額：	534,015	第2季金額：	76,680,339
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：	162,535,500	全 年金額：	1,368,417	全 年金額：	163,903,917

5.實際已支用金額(T2＝X2－Y2)

門診第1季已支用金額：	190,189,556	住診第1季已支用金額：	1,731,305	門住診合計第1季已支用金額：	191,920,861
第2季已支用金額：	246,579,701	第2季已支用金額：	1,655,205	第2季已支用金額：	248,234,906
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：	436,769,257	全 年已支用金額：	3,386,510	全 年已支用金額：	440,155,767

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 － 全年藥品給付協議　　未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 604,059,684 － 163,903,917　　＝ 2,224,000,000 － 440,155,767
＝ 440,155,767　　＝ 1,783,844,233

註：
1.如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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。

（三）罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材　全年預算＝ 17,996.0百萬元(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：	2,593,021,887	住診第1季已支用點數：	456,229,145	門住診合計第1季已支用點數：	3,049,251,032
第2季已支用點數：	2,660,477,760	第2季已支用點數：	470,133,884	第2季已支用點數：	3,130,611,644
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	5,253,499,647	全 年已支用點數：	926,363,029	全 年已支用點數：	6,179,862,676

1.2藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	384,517,755	住診第1季金額：	385,569,662	門住診合計第1季金額：	770,087,417
第2季金額：	137,989,195	第2季金額：	3,028,555	第2季金額：	141,017,750
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：	522,506,950	全 年金額：	388,598,217	全 年金額：	911,105,167

1.3實際已支用金額(T3＝X3－Y3)

門診第1季已支用金額：	2,208,504,132	住診第1季已支用金額：	70,659,483	門住診合計第1季已支用金額：	2,279,163,615
第2季已支用金額：	2,522,488,565	第2季已支用金額：	467,105,329	第2季已支用金額：	2,989,593,894
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：	4,730,992,697	全 年已支用金額：	537,764,812	全 年已支用金額：	5,268,757,509

實際暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 －藥品給付協議
＝ 6,179,862,676 － 911,105,167
＝ 5,268,757,509

*其中20億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應

暫結金額＝ 實際暫結金額 － 公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費
＝ 5,268,757,509 － 2,000,000,000
＝ 3,268,757,509（其中20億元由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費支應）

2.血友病藥費

2.1已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	1,068,842,979	住診第1季已支用點數：	32,974,543	門住診合計第1季已支用點數：	1,101,817,522
第2季已支用點數：	1,108,017,580	第2季已支用點數：	50,475,696	第2季已支用點數：	1,158,493,276
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：	2,176,860,559	全 年已支用點數：	83,450,239	全 年已支用點數：	2,260,310,798

2.2藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	174,332,853	住診第1季金額：	197,868	門住診合計第1季金額：	174,530,721
第2季金額：	95,891,215	第2季金額：	697,708	第2季金額：	96,588,923
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：	270,224,068	全 年金額：	895,576	全 年金額：	271,119,644

2.3實際已支用金額(T4＝X4－Y4)

門診第1季已支用金額：	894,510,126	住診第1季已支用金額：	32,776,675	門住診合計第1季已支用金額：	927,286,801
第2季已支用金額：	1,012,126,365	第2季已支用金額：	49,777,988	第2季已支用金額：	1,061,904,353
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：	1,906,636,491	全 年已支用金額：	82,554,663	全 年已支用金額：	1,989,191,154

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
＝ 2,260,310,798－ 271,119,644
＝ 1,989,191,154

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：	431,583	門住診合計第1季已支用點數：	431,583
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	757,915	第2季已支用點數：	757,915
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：	1,189,498	全 年已支用點數：	1,189,498

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,189,498

4.合計

4.1已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	3,661,864,866	住診第1季已支用點數：	489,635,271	門住診合計第1季已支用點數：	4,151,500,137
第2季已支用點數：	3,768,495,340	第2季已支用點數：	521,367,495	第2季已支用點數：	4,289,862,835
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：	7,430,360,206	全 年已支用點數：	1,011,002,766	全 年已支用點數：	8,441,362,972

4.2藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	558,850,608	住診第1季金額：	385,767,530	門住診合計第1季金額：	944,618,138
第2季金額：	233,880,410	第2季金額：	3,726,263	第2季金額：	237,606,673
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：	792,731,018	全 年金額：	389,493,793	全 年金額：	1,182,224,811

4.3實際已支用金額(T5＝X5－Y5)

門診第1季已支用金額：	3,103,014,258	住診第1季已支用金額：	103,867,741	門住診合計第1季已支用金額：	3,206,881,999
第2季已支用金額：	3,534,614,930	第2季已支用金額：	517,641,232	第2季已支用金額：	4,052,256,162
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：	6,637,629,188	全 年已支用金額：	621,508,973	全 年已支用金額：	7,259,138,161

實際暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 － 藥品給付協議
＝ 8,441,362,972 －1,182,224,811
＝ 7,259,138,161
暫結金額＝ 實際暫結金額 － 公務預算挹注健保基金_補助罕病藥費
＝ 7,259,138,161 － 2,000,000,000(支應114年第1季)
＝ 5,259,138,161
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 17,996,000,000 － 5,259,138,161
＝ 12,736,861,839

註：1.如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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。
3.依據114年度本署單位預算歲出計畫提要及分支計畫概況表辦理，由公務預算挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用計20億元(支應114年第1季)。

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費　全年預算 ＝5,750.0百萬元(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：	1,124,001,446	住診第1季已支用點數：	327,160	門住診合計第1季已支用點數：	1,124,328,606
第2季已支用點數：	1,153,850,087	第2季已支用點數：	300,508	第2季已支用點數：	1,154,150,595
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：	2,277,851,533	全 年已支用點數：	627,668	全 年已支用點數：	2,278,479,201

2.藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：	3,113,268	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	3,113,268
第2季金額：	5,024,450	第2季金額：	0	第2季金額：	5,024,450
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：	8,137,718	全 年金額：	0	全 年金額：	8,137,718

3.實際已支用金額(T6＝X6－Y6)

門診第1季已支用金額：	1,120,888,178	住診第1季已支用金額：	327,160	門住診合計第1季已支用金額：	1,121,215,338
第2季已支用金額：	1,148,825,637	第2季已支用金額：	300,508	第2季已支用金額：	1,149,126,145
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：	2,269,713,815	全 年已支用金額：	627,668	全 年已支用金額：	2,270,341,483

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－全年藥品給付協議
＝ 2,278,479,201 － 8,137,718
＝ 2,270,341,483

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 5,750,000,000 － 2,270,341,483
＝ 3,479,658,517

註：1.如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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＝ 5,364.3百萬元

門診第1季已支用點數：	607,008,384	住診第1季已支用點數：	632,593,514	門住診合計第1季已支用點數：	1,239,601,898
第2季已支用點數：	615,050,438	第2季已支用點數：	583,126,831	第2季已支用點數：	1,198,177,269
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：	1,222,058,822	全 年已支用點數：	1,215,720,345	全 年已支用點數：	2,437,779,167

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 2,437,779,167

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 5,364,300,000 － 2,437,779,167 ＝ 2,926,520,833

註：如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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＝2,272.0百萬元

1.乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	20,983,272	門住診合計第1季已支用點數：	20,983,272
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：	20,983,272	全 年已支用點數：	20,983,272

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 20,983,272

2.氣喘

門診第1季已支用點數：	14,861,799	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,861,799
第2季已支用點數：	14,791,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	14,791,200
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：	29,652,999	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	29,652,999

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 29,652,999

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：	149,408,260	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	149,408,260
第2季已支用點數：	157,535,819	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	157,535,819
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：	306,944,079	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	306,944,079

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 306,944,079

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	63,233,920	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	63,233,920
第2季已支用點數：	69,278,840	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	69,278,840
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：	132,512,760	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	132,512,760

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 132,512,760

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：	212,642,180	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	212,642,180
第2季已支用點數：	226,814,659	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	226,814,659
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：	439,456,839	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	439,456,839

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 439,456,839

4.思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,980,623	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,980,623
第2季已支用點數：	10,462,738	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,462,738
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：	20,443,361	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	20,443,361

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 20,443,361

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：	8,221,700	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,221,700
第2季已支用點數：	8,028,300	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,028,300
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：	16,250,000	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	16,250,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 16,250,000

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：	16,788,400	門住診合計第1季已支用點數：	16,788,400
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	30,787,690	第2季已支用點數：	30,787,690
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：	47,576,090	全 年已支用點數：	47,576,090

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 47,576,090

7.早期療育門診

門診第1季已支用點數：	752,000
第2季已支用點數：	807,000
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：	1,559,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 1,559,000

8.慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	8,556,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,556,600
第2季已支用點數：	9,013,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,013,200
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：	17,569,800	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	17,569,800

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 17,569,800

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：　19,668,750　門住診合計已支用點數：　19,668,750

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝　19,668,750

未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝　7,856,250

第2季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋　7,856,250＝ 35,381,250
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　19,082,000　門住診合計已支用點數：　19,082,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝　19,082,000

未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝　16,299,250

第3季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋　16,299,250＝ 43,824,250
門診已支用點數：　0　住診已支用點數：　0　門住診合計已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝　0

未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝　43,824,250

第4季：預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝110,100,000/4＋　43,824,250＝ 71,349,250
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
＝　71,349,250

全年合計：
全年預算　＝110,100,000
已支用點數：　38,750,750
暫結金額　＝第1~4季暫結金額 ＝　19,668,750＋　19,082,000＋　0＋　0＝　38,750,750
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　110,100,000－　38,750,750＝　71,349,250

9.1.2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：	725,000	0	725,000
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	109,750	109,750
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	127,160	127,160
(9)合計：	725,000	236,910	961,910

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
＝ 961,910　　＝ 8,263,090

第2季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 8,263,090＝ 17,488,090

	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：	728,200	0	728,200
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	103,500	103,500
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	142,780	142,780
(9)合計：	728,200	246,280	974,480

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
＝ 974,480　　＝ 16,513,610

第3季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 16,513,610＝ 25,738,610

	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　　＝ 25,738,610

第4季： 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 36,900,000/4＋ 25,738,610＝ 34,963,610

	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　　＝ 34,963,610

全年合計：

全年預算　＝　36,900,000

已支用點數：　1,936,390

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　961,910＋　974,480＋　0＋　0＝　1,936,390

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　36,900,000－　1,936,390＝　34,963,610

9.9.1(9.1.1及9.1.2)合計：

門診第1季已支用點數：	725,000	住診第1季已支用點數：	19,905,660	門住診合計第1季已支用點數：	20,630,660
第2季已支用點數：	728,200	第2季已支用點數：	19,328,280	第2季已支用點數：	20,056,480
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：	1,453,200	全 年已支用點數：	39,233,940	全 年已支用點數：	40,687,140

暫結金額　＝　40,687,140

未支用金額 ＝ 全年預算　－　暫結金額

＝ 147,000,000 － 40,687,140

＝ 106,312,860

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：　15,600

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

＝　15,600　　＝　9,984,400

第3季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋　9,984,400＝ 14,984,400

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　　＝　14,984,400

第4季: 預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 20,000,000/4＋　14,984,400＝ 19,984,400

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　　＝　19,984,400

全年合計:

全年預算　＝　20,000,000

已支用點數：　15,600

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　0＋　15,600＋　0＋　0＝　15,600

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　20,000,000－　15,600＝　19,984,400

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數：	725,000	住診第1季已支用點數：	19,905,660	門住診合計第1季已支用點數：	20,630,660
第2季已支用點數：	743,800	第2季已支用點數：	19,328,280	第2季已支用點數：	20,072,080
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：	1,468,800	全 年已支用點數：	39,233,940	全 年已支用點數：	40,702,740

暫結金額　＝　40,702,740

未支用金額 ＝ 全年預算　－　暫結金額

＝ 167,000,000 － 40,702,740

＝ 126,297,260

註：1.依據本署114年8月28日健保醫字第1140664333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：1億1,010萬元；地區醫院：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：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。

4.依據114年9月3日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」114年第3次會議決定，有關臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，同意地區醫院代表建議，本項預算優先用於支應地區醫院，若本項地區醫院預算於年度結算如有剩餘款，可支應區域級(含)醫院以上不足款，以利未來預算相互流用之彈性。

10.推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫　全年預算＝94.0百萬元

10.1生物相似性藥品　全年預算＝47.0百萬元

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：	874,800	第2季已支用點數：	533,700	第2季已支用點數：	1,408,500
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：	874,800	全 年已支用點數：	533,700	全 年已支用點數：	1,408,500

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　1,408,500

10.2學名藥　全年預算＝47.0百萬元

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

10.3(10.1及10.2)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：	874,800	第2季已支用點數：	533,700	第2季已支用點數：	1,408,500
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：	874,800	全 年已支用點數：	533,700	全 年已支用點數：	1,408,500

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　1,408,500
未支用金額 ＝　全年預算　－ 暫結金額
＝　94,000,000　－　1,408,500
＝　92,591,500

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

11.擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)

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

12.合計

門診第1季已支用點數：	255,739,902	住診第1季已支用點數：	57,677,332	門住診合計第1季已支用點數：	313,417,234
第2季已支用點數：	271,535,697	第2季已支用點數：	50,649,670	第2季已支用點數：	322,185,367
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：	527,275,599	全 年已支用點數：	108,327,002	全 年已支用點數：	635,602,601

門診第1季暫結金額：	255,739,902	住診第1季暫結金額：	57,677,332	門住診合計第1季暫結金額：	313,417,234
第2季暫結金額：	271,535,697	第2季暫結金額：	50,649,670	第2季暫結金額：	322,185,367
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：	527,275,599	全 年暫結金額：	108,327,002	全 年暫結金額：	635,602,601

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）
＝　313,417,234＋　322,185,367＋　0＋　0
＝　635,602,601
未支用金額 ＝　全年預算　－ 暫結金額
＝　2,272,000,000 －　635,602,601
＝　1,636,397,399

(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：	13,090,000	13,090,000	0
(2)轉診品質獎勵：	9,627,895	9,627,895	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：	22,717,895	22,717,895	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：	11,877,706	11,877,706	0
(2)轉診品質獎勵：	1,206,387	1,206,387	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：	13,084,093	13,084,093	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：	24,967,706	24,967,706	0
(2)轉診品質獎勵：	10,834,282	10,834,282	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：	35,801,988	35,801,988	0

已支用點數＝　35,801,988
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　35,801,988
未支用金額＝ 第1季預算 － 第1季暫結金額 ＝ 35,000,000 － 35,801,988 ＝　-801,988
浮動點值＝(第1季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(　35,000,000－　0)/　35,801,988＝0.97759934

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 +　0　＝　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：	13,620,700	13,620,700	0
(2)轉診品質獎勵：	9,904,282	9,904,282	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：	23,524,982	23,524,982	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：	12,124,909	12,124,909	0
(2)轉診品質獎勵：	1,627,510	1,627,510	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：	13,752,419	13,752,419	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：	25,745,609	25,745,609	0
(2)轉診品質獎勵：	11,531,792	11,531,792	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：	37,277,401	37,277,401	0

已支用點數＝　37,277,401
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　37,277,401
未支用金額＝ 第2季預算 － 第2季暫結金額 ＝ 35,000,000 - 37,277,401 ＝ -2,277,401
浮動點值＝(第2季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(　35,000,000－　0)/　37,277,401＝0.93890666

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 + 0 ＝ 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：	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 － 第3季暫結金額 ＝ 35,000,000 - 0 ＝ 35,000,000

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 + 35,000,000+ 160,000,000 ＝ 230,000,000

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：	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 － 第4季暫結金額 ＝ 230,000,000 - 0 ＝ 230,000,000

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：	26,710,700	26,710,700	0
(2)轉診品質獎勵：	19,532,177	19,532,177	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：	46,242,877	46,242,877	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：	24,002,615	24,002,615	0
(2)轉診品質獎勵：	2,833,897	2,833,897	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：	26,836,512	26,836,512	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：	50,713,315	50,713,315	0
(2)轉診品質獎勵：	22,366,074	22,366,074	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：	73,079,389	73,079,389	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)

＝ 35,000,000 ＋ 35,000,000 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 70,000,000

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 300,000,000 － 70,000,000 ＝ 230,000,000

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＝ 135.5百萬元(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＝　135,500,000/4＝　33,875,000
(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　7,700,667(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　8,281,138(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　11,359,100(J3)
(4)合計：　已支用點數　27,340,905(J9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　27,340,905　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　6,534,095

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　135,500,000/4＋　6,534,095＝　40,409,095
(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　7,930,188(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　8,890,861(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　12,287,300(K3)
(4)合計：　已支用點數　29,108,349(K9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝　29,108,349　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　11,300,746

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　135,500,000/4＋　11,300,746＝　45,175,746
(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＝　45,175,746

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 45,175,746＝ 79,050,746

(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＝ 79,050,746

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　15,630,855(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　17,171,999(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　23,646,400(N3)

(4)合計：　已支用點數　56,449,254(N9)

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)＝ 56,449,254

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額

＝ 135,500,000 － 56,449,254＝ 79,050,746

註：依據「114年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，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＝2,000百萬元

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： 179,377,753
第2季已支用點數： 174,827,517
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
小計已支用點數： 354,205,270
暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 354,205,270
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 745,794,730（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＝900.0百萬元

全年已支用點數： 381,391,819（傳票日期：114/11/18）
暫結金額 ＝1元/點x全年已支用點數＝ 381,391,819
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 900,000,000 － 381,391,819 ＝ 518,608,181

3.合計(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數： 179,377,753
第2季已支用點數： 174,827,517
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
全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數 ： 381,391,819
合計已支用點數： 735,597,089
暫結金額＝1元/點x全年已支用點數＝ 735,597,089
未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 2,000,000,000 － 735,597,089 ＝ 1,264,402,911

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9億元支應「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113年結算之費用年月113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108-113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113年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：113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%)×(1+5.388%)。

<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>113年費用未及納入113年結算者，自結算年114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113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9億元為上限，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(9億元)/∑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：　51,292,950

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

＝　51,292,950　　＝　4,882,050

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　4,882,050＝ 61,057,050

已支用點數：　56,091,700

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

＝　56,091,700　　＝　4,965,350

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　4,965,350＝ 61,140,350

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　　＝　61,140,350

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝224,700,000/4＋　61,140,350＝117,315,350

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　　＝　117,315,350

全年合計：

全年預算　＝ 224,700,000

已支用點數：　107,384,650

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　51,292,950＋　56,091,700＋　0＋　0＝　107,384,650

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝　224,700,000－　107,384,650＝　117,315,350

註：

1. 依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據114年3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」114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)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：	1,341,328
第2季已支用點數：	1,672,248
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：	3,013,576

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　3,013,576

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　15,000,000 －　3,013,576 ＝　11,986,424

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。

(十三)精神科長效針劑藥費　全年預算 ＝3,006.0百萬元(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：	504,333,434	住診第1季已支用點數：	119,601,991	門住診合計第1季已支用點數：	623,935,425
第2季已支用點數：	515,031,416	第2季已支用點數：	124,161,131	第2季已支用點數：	639,192,547
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：	1,019,364,850	全 年已支用點數：	243,763,122	全 年已支用點數：	1,263,127,972

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：	504,333,434	住診第1季已支用金額：	119,601,991	門住診合計第1季已支用金額：	623,935,425
第2季已支用金額：	515,031,416	第2季已支用金額：	124,161,131	第2季已支用金額：	639,192,547
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：	1,019,364,850	全 年已支用金額：	243,763,122	全 年已支用金額：	1,263,127,972

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數－全年藥品給付協議
＝ 1,263,127,972 － 0
＝ 1,263,127,972

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 3,006,000,000 － 1,263,127,972
＝ 1,742,872,028

註：1.如預算不足，依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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。

(十四)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＝300百萬元

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。

(十五)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
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： 0
暫結金額 ＝ 0　　未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 125,000,000

第4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4季預算 － 暫結金額
＝ 250,000,000

全年合計:

全年預算 ＝ 500,000,000
已支用點數： 250,000,000
暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 125,000,000＋ 125,000,000＋ 0＋ 0＝ 250,000,000
未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 500,000,000－ 250,000,000＝ 250,000,000

註：1.依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。

2.依據114年7月4日健保醫字第1140663234號「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。

(十六)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

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： 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＝ 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4季預算 － 暫結金額

＝ 500,000,000

全年合計:

全年預算 ＝ 1,000,000,000

已支用點數： 500,000,000

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 250,000,000＋ 250,000,000＋ 0＋ 0＝ 500,000,000

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 1,000,000,000－ 500,000,000＝ 500,000,000

註：1.依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。

2.依據114年7月4日健保醫字第1140663234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。

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年預算＝500.0百萬元

1.開辦獎勵費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　0

2.個案管理費費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	56,097
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：	56,097

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　56,097

3.績效獎勵費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　0

4.失智症門診照護家庭諮詢費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　0

5.多重慢性病人門診整合費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　0

6.血糖、血脂管理提升費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	2,857,750
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,857,750

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　2,857,750

7.糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　0

8.合計

第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	2,913,847
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,913,847

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　2,913,847

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　500,000,000－　2,913,847 ＝　497,086,153

註：1.依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。

2.依據114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自114年1月1日起實施，於年度結束後，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。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質　全年預算＝268.0百萬元

18.1 主動脈剝離

全年預算＝ 81.0百萬元

18.1.1 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： 1,225,000
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： 1,225,000
暫結金額 ＝ 1元/點×全年已支用點數 ＝ 1,225,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 6,000,000－ 1,225,000 ＝ 4,775,000

18.1.2 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：	-21,000	-21,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	-1,700,000	-1,700,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	50,000	50,000	0
(4)合計：	-1,671,000	-1,671,000	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：	961,044	961,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	9,268,925	9,268,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	10,800,000	10,800,000	0
(4)合計：	21,029,969	21,029,969	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：	940,044	940,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,568,925	7,568,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	10,850,000	10,850,000	0
(4)合計：	19,358,969	19,358,969	0

已支用點數＝ 19,358,969 (傳票日期：114/7/11)
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 19,358,969
未支用金額＝ 第1季預算 － 第1季暫結金額 ＝ 18,750,000 - 19,358,969 ＝ -608,969
浮動點值＝(第1季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(18,750,000－ 0)/ 19,358,969＝0.96854331

第2季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝　75,000,000/4＋　0＝　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：	-12,000	-12,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	1,140,000	1,140,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	0	0	0
(4)合計：	1,128,000	1,128,000	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：	606,000	606,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,200,000	7,200,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,649,900	7,649,900	0
(4)合計：	15,455,900	15,455,900	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：	594,000	594,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,340,000	8,340,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	7,649,900	7,649,900	0
(4)合計：	16,583,900	16,583,900	0

已支用點數＝　16,583,900

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　16,583,900

未支用金額＝ 第2季預算 － 第2季暫結金額　＝　18,750,000 －　16,583,900 ＝　2,166,100

第3季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝　75,000,000/4＋　2,166,100＝　20,916,100

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3季預算 － 第3季暫結金額　＝ 20,916,100 －　0 ＝ 20,916,100

第4季：
預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 75,000,000/4＋ 20,916,100＝ 39,666,100

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 － 第4季暫結金額　＝ 39,666,100 －　0 ＝ 39,666,100

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：	-33,000	-33,000	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	-560,000	-560,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	50,000	50,000	0
(4)合計：	-543,000	-543,000	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：	1,567,044	1,567,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	16,468,925	16,468,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	18,449,900	18,449,900	0
(4)合計：	36,485,869	36,485,869	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：	1,534,044	1,534,044	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	15,908,925	15,908,925	0
(3)自行收治病人獎勵：	18,499,900	18,499,900	0
(4)合計：	35,942,869	35,942,869	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)
＝ 18,750,000＋ 16,583,900＋ 0＋ 0＝ 35,333,900
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 75,000,000 － 35,333,900 ＝ 39,666,100

18.1.9(18.1.1及18.1.2)合計：

門診第1季已支用點數：	-1,671,000	住診第1季已支用點數：	21,029,969	門住診合計第1季已支用點數：	19,358,969
第2季已支用點數：	2,353,000	第2季已支用點數：	15,455,900	第2季已支用點數：	17,808,900
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：	682,000	全 年已支用點數：	36,485,869	全 年已支用點數：	37,167,869

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)
＝ 18,750,000 ＋ 17,808,900 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 36,558,900
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 81,000,000 － 36,558,900
＝ 44,441,100

18.2 腦中風

全年預算＝127.0百萬元

18.2.1 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：　1,225,000
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：　1,225,000
暫結金額　＝ 1元/點×已支用點數　＝　1,225,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝　6,000,000－　1,225,000 ＝　4,775,000

18.2.2 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：	7,946,459	7,946,459	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	4,255,000	4,255,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	5,249,960	5,249,960	0
(4)合計：	17,451,419	17,451,419	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：	3,202,240	3,202,240	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	4,305,000	4,305,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	9,374,020	9,374,020	0
(4)合計：	16,881,260	16,881,260	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：	11,148,699	11,148,699	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,560,000	8,560,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	14,623,980	14,623,980	0
(4)合計：	34,332,679	34,332,679	0

已支用點數＝　34,332,679（傳票日期：114/7/11）
暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　34,332,679
未支用金額＝ 第1季預算 － 第1季暫結金額　＝　30,250,000 －　34,332,679 ＝　-4,082,679
浮動點值＝(第1季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(　30,250,000－　0)/　34,332,679＝0.88108475

第2季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋　0＝　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：	8,540,700	8,540,700	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	7,074,964	7,074,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	6,175,000	6,175,000	0
(4)合計：	21,790,664	21,790,664	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：	3,384,906	3,384,906	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	3,760,000	3,760,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	8,874,907	8,874,907	0
(4)合計：	16,019,813	16,019,813	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：	11,925,606	11,925,606	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	10,834,964	10,834,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	15,049,907	15,049,907	0
(4)合計：	37,810,477	37,810,477	0

已支用點數＝　37,810,477

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　＝　37,810,477

未支用金額＝ 第2季預算 － 第2季暫結金額　＝　30,250,000 －　37,810,477 ＝　-7,560,477

浮動點值＝(第2季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(　30,250,000－　0)/　37,810,477＝0.80004280

第3季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 121,000,000/4＋　0＝　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3季預算 － 第3季暫結金額　＝ 30,250,000 －　0 ＝ 30,250,000

第4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4季預算 － 第4季暫結金額　＝ 60,500,000 －　0 ＝ 60,500,000

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：	16,487,159	16,487,159	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	11,329,964	11,329,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	11,424,960	11,424,960	0
(4)合計：	39,242,083	39,242,083	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：	6,587,146	6,587,146	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	8,065,000	8,065,000	0
(3)自行收治病人獎勵：	18,248,927	18,248,927	0
(4)合計：	32,901,073	32,901,073	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：	23,074,305	23,074,305	0
(2)跨院合作執行費獎勵：	19,394,964	19,394,964	0
(3)自行收治病人獎勵：	29,673,887	29,673,887	0
(4)合計：	72,143,156	72,143,156	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)
＝ 30,250,000＋ 30,250,000＋ 0＋ 0＝ 60,500,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 121,000,000 － 60,500,000 ＝ 60,500,000

18.2.9(18.2.1及18.2.2)合計

門診第1季已支用點數：	17,451,419	住診第1季已支用點數：	16,881,260	門住診合計第1季已支用點數：	34,332,679
第2季已支用點數：	23,015,664	第2季已支用點數：	16,019,813	第2季已支用點數：	39,035,477
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：	40,467,083	全 年已支用點數：	32,901,073	全 年已支用點數：	73,368,156

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)
＝ 30,250,000 ＋ 31,475,000 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 61,725,000
未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 127,000,000 － 61,725,000
＝ 65,275,000

註：
1.依據114年7月15日健保醫字第1140663391號公告修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」，並自114年7月1日起生效。
2.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「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。
3.收案條件：主動脈剝離及腦中風。
4.網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。
5.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。
6.參與資格及申請程序：本計畫為持續性計畫，於新年度計畫核定前，原參與醫院得持續辦理並以新年度預算支應。

18.3 術後加速康復推廣計畫

18.3.9 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：	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＝　0

註：1.依據本署114年6月6日健保醫字第1140110839號公告新增「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自114年7月1日生效。
2.預算來源：由114年全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防提升急重症照護品質」預算支應。

18.9(18.1.9、18.2.9、18.3.9)合計

門診第1季已支用點數：	15,780,419	住診第1季已支用點數：	37,911,229	門住診合計第1季已支用點數：	53,691,648
第2季已支用點數：	25,368,664	第2季已支用點數：	31,475,713	第2季已支用點數：	56,844,377
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：	41,149,083	全 年已支用點數：	69,386,942	全 年已支用點數：	110,536,025

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)
＝ 49,000,000 ＋ 49,283,900 ＋ 0 ＋ 0 ＝ 98,283,900
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額
＝ 268,000,000 － 98,283,900
＝ 169,716,100

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費268百萬元。

(十九)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年預算＝225百萬元

19.1 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 全年預算＝180百萬元

第1季：

預算＝ 180,000,000/4 ＝ 45,000,000

已支用點數： 44,999,997

費用年月113年12月(含)之前核付區間之傳票日期：114/6/30

費用年月114年1月-3月核付區間之傳票日期：114/7/31

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 44,999,997

未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝ 45,000,000 － 44,999,997 ＝ 3

第2季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 180,000,000/4＋ 3＝ 45,000,003

已支用點數： 44,999,999(傳票日期：114/10/21)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 44,999,999

未支用金額 ＝第2季預算 － 暫結金額
＝ 45,000,003 － 44,999,999 ＝ 4

第3季：

預算＝ 當季預算+ 前一季未支用金額 ＝ 180,000,000/4＋ 4＝ 45,000,004

已支用點數： 0

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額 ＝第3季預算 － 暫結金額
＝ 45,000,004 － 0 ＝ 45,000,004

第4季：

預算＝　當季預算+　前一季未支用金額 ＝ 180,000,000/4＋　45,000,004＝　90,000,004

已支用點數：　0

暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　　未支用金額 ＝第4季預算 － 暫結金額

＝　0　　＝　90,000,004 －　0 ＝　90,000,004

19.2醫院感染管制品質獎勵　全年預算＝45.0百萬元

第1季已支用點數：　195,000

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

合 計已支用點數：　195,000

暫結金額　＝　1元/點x全年已支用點數 ＝　195,000

未支用金額＝　全年預算 －　暫結金額 ＝　45,000,000－　195,000＝　44,805,000

19.9全年(19.1.及19.2)合計:

第1季已支用點數：　45,194,997

第2季已支用點數：　44,999,999

第3季已支用點數：　0

第4季已支用點数：　0

合 計已支用點數：　90,194,996

暫結金額　＝第1~4季暫結金額　＝　45,194,997＋　44,999,999＋　0＋　0＝　90,194,996

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額＝ 225,000,000－　90,194,996＝ 134,805,004

註：1.依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費225百萬元。

2.114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂「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114年1月1日起生效。

3.點值結算：

(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」之結算為180百萬元，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。

(2)「醫院感染管制品質獎勵」預算為45百萬元，每年結算一次，由保險人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)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋114年編列之品質保證保留款預算

＝(105年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%)＋ 1,029,500,000

＝(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%＋ 1,029,500,000

＝　92,954,852＋　99,662,029＋　97,555,436＋　98,530,640＋　1,029,500,000

＝ 1,418,202,957

	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
2.114年編列之品質保證保留款預算	257,375,000	257,375,000	257,375,000	257,375,000	1,029,500,000
3.合計	350,329,852	357,037,029	354,930,436	355,905,640	1,418,202,957

※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款額度(1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。

註：為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

三、114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	114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	114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	137,051,240,015	5,907,872,660	78,627,511,971	58,423,728,044
第2季	146,916,540,072	6,334,862,641	84,288,271,492	62,628,268,580
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	283,967,780,087	12,242,735,301	162,915,783,463	121,051,996,624

註： 114年各季門診透析服務預算(B) ＝113年各季門診透析服務×(1+2.917%)。
114年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,740,424,478×(1+2.917%)＝ 5,907,872,660。
114年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,155,312,185×(1+2.917%)＝ 6,334,862,641。
114年第3季門診透析服務預算(B)＝ 6,010,804,387×(1+2.917%)＝ 6,186,139,551。
114年第4季門診透析服務預算(B)＝ 6,080,952,969×(1+2.917%)＝ 6,258,334,367。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目 季別	114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	114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	138,088,051,268	5,907,872,660	79,197,758,160	58,890,293,108
第2季	143,183,878,945	6,334,862,641	82,235,307,872	60,948,571,073
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	281,271,930,213	12,242,735,301	161,433,066,032	119,838,864,181

註： 114年各季門診透析服務預算(B) ＝113年各季門診透析服務×(1+2.917%)。
114年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,740,424,478×(1+2.917%)＝ 5,907,872,660。
114年第2季門診透析服務預算(B)＝ 6,155,312,185×(1+2.917%)＝ 6,334,862,641。
114年第3季門診透析服務預算(B)＝ 6,010,804,387×(1+2.917%)＝ 6,186,139,551。
114年第4季門診透析服務預算(B)＝ 6,080,952,969×(1+2.917%)＝ 6,258,334,367。

(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	0.37298	0.37363		
	北區分區	0.15295	0.15367		
	中區分區	0.17662	0.17710		
	南區分區	0.13221	0.13193		
	高屏分區	0.14233	0.14069		
	東區分區	0.02291	0.02298		
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		
	北區分區	0.12564	0.12553		
	中區分區	0.17851	0.18040		
	南區分區	0.14305	0.14210		
	高屏分區	0.15267	0.15118		
	東區分區	0.02389	0.02433		
3.住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34932	0.34981		
	北區分區	0.16231	0.16281		
	中區分區	0.18118	0.18120		
	南區分區	0.13590	0.13544		
	高屏分區	0.14878	0.14833		
	東區分區	0.02251	0.02241		
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		
	北區分區	0.12417	0.12540		
	中區分區	0.18251	0.18198		
	南區分區	0.15388	0.15291		
	高屏分區	0.16045	0.15766		
	東區分區	0.03563	0.03589		

(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)

1.1　113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。

1.2　114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	54,933,189	54,933,189	54,933,189	54,933,188	219,732,755
高屏分區	171,345	171,345	171,345	171,345	685,380
東區分區	2,501,636	2,501,636	2,501,636	2,501,636	10,006,544
小計(K0)	57,606,170	57,606,170	57,606,170	57,606,169	230,424,679
南區分區(K1)	93,388,370	93,388,370	93,388,370	93,388,371	373,553,481
合計(KD)＝(K0＋K1)	150,994,540	150,994,540	150,994,540	150,994,540	603,978,160

註：1.114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算603,978,160元(＝113年預算568,519,593元×(1＋114年度一般服務成長率6.237%)，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。

2.114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元(＝113年臺北、高屏、東區預算216,896,824元×(1＋114年度一般服務成長率6.237%))，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373,553,481元(＝113年南區預算351,622,769元×(1＋114年度一般服務成長率6.237%))，按四季均分。

4.114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	40,003,169	40,003,169	40,003,169	40,003,169	160,012,676
北區分區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531	68,990,123
中區分區	22,265,996	22,265,996	22,265,996	22,265,997	89,063,985
南區分區	18,737,200	18,737,200	18,737,200	18,737,200	74,948,800
高屏分區	25,690,163	25,690,163	25,690,163	25,690,161	102,760,650
東區分區	38,555,942	38,555,941	38,555,941	38,555,942	154,223,766
合計	162,500,000	162,500,000	162,500,000	162,500,000	650,000,000

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	525,000	0	0	159,487,676	160,012,676
北區分區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531	68,990,123
中區分區	12,573,274	27,993,362	10,635,697	37,861,652	89,063,985
南區分區	0	0	0	74,948,800	74,948,800
高屏分區	0	0	0	102,760,650	102,760,650
東區分區	18,759,357	31,357,243	39,113,600	64,993,566	154,223,766
合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875	650,000,000

註：1.依據114年3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」114年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6.5億元，採「四季均分」，併入114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(6.5億/4)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.調整風險調整移撥款之保留款：

(1)臺北：依據本署臺北業務組114年6月11日健保北費一字第1141067046號書函辦理，114Q1為525,000元，其餘款項(159,487,676元)保留至114年第4季進行結算。

(2)北區：依據台灣醫院協會114年5月19日院協審字第1140000740號函，北區114年度醫院總額風險調整移撥款執行方式為按季均分，Q1為17,247,530元、114Q2為17,247,531元、114Q3為17,247,531元、114Q4為17,247,531元。

(3)中區：依據本署中區業務組114年5月2日健保中費一字第1148404180號書函辦理，調整114年各季分配金額，Q1為12,573,274元、Q2為27,993,362元、Q3為10,635,697元、Q4為37,861,652元。

(4)南區：依據本署南區業務組114年3月21日健保南費一字第1148501883號書函辦理，採統一保留至114年第4季結算(74,948,800元)。
(5)高屏：依據本署高屏業務組114年3月21日健保高費一字第1148602454號書函辦理，採統一保留至114年第4季結算(102,760,650元)。
(6)東區：依據本署東區業務組114年5月29日健保東費字第1148700935號書函辦理，Q1為18,759,357元、Q2為31,357,243元、Q3為39,113,600元、Q4為64,993,566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	236,250	0	0	71,769,454	72,005,704
北區分區	7,761,388	7,761,389	7,761,389	7,761,389	31,045,555
中區分區	5,657,973	12,597,013	4,786,064	17,037,743	40,078,793
南區分區	0	0	0	33,726,960	33,726,960
高屏分區	0	0	0	46,242,292	46,242,292
東區分區	8,441,711	14,110,759	17,601,120	29,247,105	69,400,695
合計	22,097,322	34,469,161	30,148,573	205,784,943	292,499,999
2.風險調整移撥款_住診 (RS_I＝KS_1 ×55%)					
臺北分區	288,750	0	0	87,718,222	88,006,972
北區分區	9,486,142	9,486,142	9,486,142	9,486,142	37,944,568
中區分區	6,915,301	15,396,349	5,849,633	20,823,909	48,985,192
南區分區	0	0	0	41,221,840	41,221,840
高屏分區	0	0	0	56,518,358	56,518,358
東區分區	10,317,646	17,246,484	21,512,480	35,746,461	84,823,071
合計	27,007,839	42,128,975	36,848,255	251,514,932	357,500,001
3.門住診合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875	650,000,000

5.114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	577,913	752,824	0	0	1,330,737
北區分區	280,727	308,953	0	0	589,680
中區分區	37,809	115,033	0	0	152,842
南區分區	178,532	241,439	0	0	419,971
高屏分區	236,008	231,735	0	0	467,743
東區分區	30,339	22,264	0	0	52,603
小計	1,341,328	1,672,248	0	0	3,013,576

註：依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

6.支應離島地區醫院住診申報第二部及第三部加計30%

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
6.1支應離島地區醫院住診申報第二部及第三部加計30%_住診					
臺北分區	14,697,500	14,697,500	0	0	29,395,000
高屏分區	22,745,000	22,745,000	0	0	45,490,000
合計	37,442,500	37,442,500	0	0	74,885,000

7.114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等各分區分配金額

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
7.1 114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_門診 (含「急診相關診療項目調整」及「離島地區急救責任醫院急診案件加成」)					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

7.2 114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_住診 (含「全日平均護病比加成」、「急診相關診療項目調整」、「急救責任醫院加護病房基本診療項目」及「急性一般病床護理費點數調升」)					
臺北分區	164,064,596	247,464,260	0	0	411,528,856
北區分區	73,999,596	120,207,702	0	0	194,207,298
中區分區	108,238,719	170,463,410	0	0	278,702,129
南區分區	82,840,555	125,277,599	0	0	208,118,154
高屏分區	84,569,184	124,424,436	0	0	208,993,620
東區分區	14,784,454	24,466,535	0	0	39,250,989
合計	528,497,104	812,303,942	0	0	1,340,801,046

7.3.門住診合計					
臺北分區	164,064,596	247,464,260	0	0	411,528,856
北區分區	73,999,596	120,207,702	0	0	194,207,298
中區分區	108,238,719	170,463,410	0	0	278,702,129
南區分區	82,840,555	125,277,599	0	0	208,118,154
高屏分區	84,569,184	124,424,436	0	0	208,993,620
東區分區	14,784,454	24,466,535	0	0	39,250,989
合計	528,497,104	812,303,942	0	0	1,340,801,046

註：依據全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議(114.3.26)決定同意本項預算額度始得外加個別醫院預算額度。

(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)× 53%× (R)]＋[(D2)× 47%× (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)＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_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	21,935,568,361	23,538,035,039			45,473,603,400
北區分區	8,193,761,146	8,803,538,467			16,997,299,613
中區分區	10,376,354,618	11,201,199,823			21,577,554,441
南區分區	8,115,246,664	8,655,292,705			16,770,539,369
高屏分區	8,599,548,191	9,120,118,604			17,719,666,795
東區分區	1,376,340,926	1,495,547,643			2,871,888,569
小　計	58,596,819,906	62,813,732,281			121,410,552,187

2.調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[(D1)× 46%× (R)＋ (D1)× 54%× (S)]＋風險調整移撥款_住診(RS_I)＋114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)＋離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_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	27,392,736,456	29,581,662,652			56,974,399,108
北區分區	11,226,417,147	12,150,235,191			23,376,652,338
中區分區	14,417,394,727	15,494,511,806			29,911,906,533
南區分區	11,531,908,203	12,336,681,224			23,868,589,427
高屏分區	12,301,246,278	13,074,541,651			25,375,787,929
東區分區	2,352,097,931	2,544,186,633			4,896,284,564
小　計	79,221,800,742	85,181,819,157			164,403,619,899

(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)× 53%× (R)]＋ [(D4)× 47%× (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)＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_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	22,110,302,670	22,908,215,493			45,018,518,163
北區分區	8,259,133,584	8,567,634,694			16,826,768,278
中區分區	10,459,173,789	10,901,120,184			21,360,293,973
南區分區	8,179,308,287	8,425,661,427			16,604,969,714
高屏分區	8,668,221,810	8,875,520,549			17,543,742,359
東區分區	1,387,244,830	1,455,882,427			2,843,127,257
小　計	59,063,384,970	61,134,034,774			120,197,419,744

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 46%× (R)]＋ [(D3)× 54%× (S)]＋風險調整移撥款(RS_I)＋114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)＋離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_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	27,590,099,575	28,867,561,839			56,457,661,414
北區分區	11,307,229,244	11,857,464,923			23,164,694,167
中區分區	14,521,121,482	15,121,650,090			29,642,771,572
南區分區	11,614,941,294	12,039,260,584			23,654,201,878
高屏分區	12,389,681,083	12,759,682,316			25,149,363,399
東區分區	2,368,974,253	2,483,235,785			4,852,210,038
小　計	79,792,046,931	83,128,855,537			162,920,902,468

4.調整後分區門住診一般服務預算總額合計(BD5)＝BD4＋BD3

分　區	調整後第1季 (BD5_q1)	調整後第2季 (BD5_q2)	調整後第3季 (BD5_q3)	調整後第4季 (BD5_q4)	合計(加總BD5)
臺北分區	49,700,402,245	51,775,777,332			101,476,179,577
北區分區	19,566,362,828	20,425,099,617			39,991,462,445
中區分區	24,980,295,271	26,022,770,274			51,003,065,545
南區分區	19,794,249,581	20,464,922,011			40,259,171,592
高屏分區	21,057,902,893	21,635,202,865			42,693,105,758
東區分區	3,756,219,083	3,939,118,212			7,695,337,295
小　計	138,855,431,901	144,262,890,311			283,118,322,212

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	12,548,923,584(BF1)	0.95127372	----------	13,173,152,359	4,678,806
	2-北區分區	1,259,760,098	0.95127372	1,198,376,675	1,387,277,533	
	3-中區分區	598,130,150	0.95127372	568,985,493	629,093,454	
	4-南區分區	343,885,293	0.95127372	327,129,042	434,088,826	
	5-高屏分區	451,146,350	0.95127372	429,163,667	486,323,859	
	6-東區分區	103,578,493	0.95127372	98,531,498	107,209,663	
	7-合計	15,305,423,968(GF1)		2,622,186,375(AF1)	16,217,145,694(BG1)	4,678,806(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	1,002,912,905	0.95127372	954,044,690	1,106,605,890	
	2-北區分區	3,815,401,034(BF1)	0.95127372	----------	4,307,540,818	2,378,225
	3-中區分區	371,331,818	0.95127372	353,238,200	396,183,042	
	4-南區分區	148,425,786	0.95127372	141,193,550	171,577,590	
	5-高屏分區	109,613,449	0.95127372	104,272,393	122,886,402	
	6-東區分區	26,481,321	0.95127372	25,190,985	30,171,393	
	7-合計	5,474,166,313(GF1)		1,577,939,818(AF1)	6,134,965,135(BG1)	2,378,225(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	278,025,671	0.95127372	264,478,514	305,212,283	
	2-北區分區	122,605,039	0.95127372	116,630,952	154,406,251	
	3-中區分區	5,987,849,391(BF1)	0.95127372	----------	6,778,247,345	2,119,890
	4-南區分區	170,213,503	0.95127372	161,919,632	222,121,555	
	5-高屏分區	89,171,545	0.95127372	84,826,547	102,281,559	
	6-東區分區	16,812,683	0.95127372	15,993,464	16,475,439	
	7-合計	6,664,677,832(GF1)		643,849,109(AF1)	7,578,744,432(BG1)	2,119,890(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	260,610,019	0.95127372	247,911,462	306,508,343	
	2-北區分區	88,434,806	0.95127372	84,125,707	101,029,805	
	3-中區分區	250,875,170	0.95127372	238,650,956	292,334,365	
	4-南區分區	3,948,494,505(BF1)	0.95127372	----------	5,335,021,601	1,822,941
	5-高屏分區	223,484,022	0.95127372	212,594,477	263,101,733	
	6-東區分區	12,356,825	0.95127372	11,754,723	13,807,618	
	7-合計	4,784,255,347(GF1)		795,037,325(AF1)	6,311,803,465(BG1)	1,822,941(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	158,814,345	0.95127372	151,075,913	174,856,751	
	2-北區分區	57,557,505	0.95127372	54,752,942	60,714,755	
	3-中區分區	102,569,010	0.95127372	97,571,204	113,907,708	
	4-南區分區	247,503,933	0.95127372	235,443,987	303,015,172	
	5-高屏分區	4,848,803,008(BF1)	0.95127372	----------	5,515,646,391	1,003,228
	6-東區分區	21,951,014	0.95127372	20,881,423	25,169,569	
	7-合計	5,437,198,815(GF1)		559,725,469(AF1)	6,193,310,346(BG1)	1,003,228(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	73,399,219	0.95127372	69,822,748	80,598,676	
	2-北區分區	25,259,469	0.95127372	24,028,669	30,818,544	
	3-中區分區	19,515,348	0.95127372	18,564,438	20,425,772	
	4-南區分區	10,786,915	0.95127372	10,261,309	14,268,947	
	5-高屏分區	30,036,719	0.95127372	28,573,141	35,290,232	
	6-東區分區	778,185,121(BF1)	0.95127372	----------	872,086,079	519,428
	7-合計	937,182,791(GF1)		151,250,305(AF1)	1,053,488,250(BG1)	519,428(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	74,097,075(BF2)	0.94215114	69,810,644	72,113,049
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	15,003,365(BF2)	0.97787968	14,671,486	20,680,753
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	774,846(BF2)	1.00558812	779,176	422,852
	6-東區分區	6,839,296(BF2)	1.00949310	6,904,222	5,002,016
	7-合計	96,714,582(GF2)		92,165,528(AF2)	98,218,670(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,270,768(BF2)	0.94215114	1,197,256	1,328,644
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	4,843,431(BF2)	0.97787968	4,736,293	7,723,803
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	168,178(BF2)	1.00558812	169,118	105,130
	6-東區分區	2,054,169(BF2)	1.00949310	2,073,669	1,690,711
	7-合計	8,336,546(GF2)		8,176,336(AF2)	10,848,288(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	817,969(BF2)	0.94215114	770,650	1,023,349
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	203,985,630(BF2)	0.97787968	199,473,403	291,232,125
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	133,249(BF2)	1.00558812	133,994	130,916
	6-東區分區	1,621,983(BF2)	1.00949310	1,637,381	930,768
	7-合計	206,558,831(GF2)		202,015,428(AF2)	293,317,158(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	639,076(BF2)	0.94215114	602,106	764,217
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	8,047,634(BF2)	0.97787968	7,869,618	13,018,018
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	253,835(BF2)	1.00558812	255,253	282,476
	6-東區分區	1,404,668(BF2)	1.00949310	1,418,003	1,066,896
	7-合計	10,345,213(GF2)		10,144,980(AF2)	15,131,607(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,318,757(BF2)	0.94215114	1,242,468	1,673,033
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	2,615,333(BF2)	0.97787968	2,557,481	4,322,458
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	13,854,423(BF2)	1.00558812	13,931,843	13,097,669
	6-東區分區	1,602,777(BF2)	1.00949310	1,617,992	1,195,236
	7-合計	19,391,290(GF2)		19,349,784(AF2)	20,288,396(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	180,540(BF2)	0.94215114	170,096	178,542
	2-北區分區	0(BF2)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	568,305(BF2)	0.97787968	555,734	536,565
	4-南區分區	0(BF2)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	76,059(BF2)	1.00558812	76,484	93,961
	6-東區分區	16,617,444(BF2)	1.00949310	16,775,195	12,421,472
	7-合計	17,442,348(GF2)		17,577,509(AF2)	13,230,540(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	11,111,218,461(BF3)	0.95127372	----------	7,175,970,308	16,977,726
	2-北區分區	1,059,549,111	0.95127372	1,007,921,224	752,572,297	
	3-中區分區	503,625,350	0.95127372	479,085,560	368,604,575	
	4-南區分區	332,905,337	0.95127372	316,684,098	218,849,847	
	5-高屏分區	389,209,271	0.95127372	370,244,551	291,133,357	
	6-東區分區	122,665,989	0.95127372	116,688,932	67,219,083	
	7-合計	13,519,173,519(GF3)		2,290,624,365(AF3)	8,874,349,467(BG3)	16,977,726(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	1,005,297,147	0.95127372	956,312,757	682,397,149	
	2-北區分區	3,511,394,950(BF3)	0.95127372	----------	2,507,694,543	5,222,567
	3-中區分區	380,084,288	0.95127372	361,564,195	278,774,959	
	4-南區分區	130,477,197	0.95127372	124,119,529	92,206,755	
	5-高屏分區	105,589,549	0.95127372	100,444,563	72,334,043	
	6-東區分區	37,438,061	0.95127372	35,613,844	19,005,215	
	7-合計	5,170,281,192(GF3)		1,578,054,888(AF3)	3,652,412,664(BG3)	5,222,567(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	285,116,900	0.95127372	271,224,214	189,163,062	
	2-北區分區	113,068,306	0.95127372	107,558,908	85,015,043	
	3-中區分區	6,053,797,304(BF3)	0.95127372	----------	4,169,784,491	5,189,840
	4-南區分區	179,030,310	0.95127372	170,306,829	117,289,434	
	5-高屏分區	89,447,830	0.95127372	85,089,370	60,931,378	
	6-東區分區	21,551,518	0.95127372	20,501,393	11,231,302	
	7-合計	6,742,012,168(GF3)		654,680,714(AF3)	4,633,414,710(BG3)	5,189,840(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	289,175,055	0.95127372	275,084,630	193,586,206	
	2-北區分區	85,809,964	0.95127372	81,628,764	62,841,810	
	3-中區分區	312,834,977	0.95127372	297,591,692	229,165,895	
	4-南區分區	4,611,673,877(BF3)	0.95127372	----------	2,992,252,468	2,870,448
	5-高屏分區	231,625,058	0.95127372	220,338,831	160,766,559	
	6-東區分區	19,634,352	0.95127372	18,677,643	10,168,463	
	7-合計	5,550,753,283(GF3)		893,321,560(AF3)	3,648,781,401(BG3)	2,870,448(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	183,492,931	0.95127372	174,552,003	117,568,382	
	2-北區分區	57,712,162	0.95127372	54,900,063	41,637,396	
	3-中區分區	107,354,806	0.95127372	102,123,806	78,862,027	
	4-南區分區	282,113,505	0.95127372	268,367,163	171,124,092	
	5-高屏分區	5,294,250,778(BF3)	0.95127372	----------	3,478,405,311	2,362,662
	6-東區分區	31,742,149	0.95127372	30,195,472	18,955,420	
	7-合計	5,956,666,331(GF3)		630,138,507(AF3)	3,906,552,628(BG3)	2,362,662(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	102,269,754	0.95127372	97,286,529	73,041,428	
	2-北區分區	34,095,372	0.95127372	32,434,031	26,820,784	
	3-中區分區	23,978,401	0.95127372	22,810,023	18,124,607	
	4-南區分區	12,822,680	0.95127372	12,197,879	8,647,066	
	5-高屏分區	41,847,093	0.95127372	39,808,040	32,405,319	
	6-東區分區	886,717,168(BF3)	0.95127372	----------	569,335,728	614,282
	7-合計	1,101,730,468(GF3)		204,536,502(AF3)	728,374,932(BG3)	614,282(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	104,926,386(BF4)	0.94215114	98,856,514	70,078,859
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	10,899,560(BF4)	0.97787968	10,658,458	8,853,299
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	1,057,942(BF4)	1.00558812	1,063,854	837,584
	6-東區分區	17,302,653(BF4)	1.00949310	17,466,909	3,434,000
	7-合計	134,186,541(GF4)		128,045,735(AF4)	83,203,742(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,112,202(BF4)	0.94215114	1,990,014	1,453,533
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	5,030,062(BF4)	0.97787968	4,918,795	4,074,247
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	511,638(BF4)	1.00558812	514,497	282,060
	6-東區分區	9,229,419(BF4)	1.00949310	9,317,035	1,624,974
	7-合計	16,883,321(GF4)		16,740,341(AF4)	7,434,814(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	609,141(BF4)	0.94215114	573,903	1,143,801
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	191,458,730(BF4)	0.97787968	187,223,602	137,801,300
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	338,097(BF4)	1.00558812	339,986	243,375
	6-東區分區	6,438,037(BF4)	1.00949310	6,499,154	936,231
	7-合計	198,844,005(GF4)		194,636,645(AF4)	140,124,707(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	1,257,218(BF4)	0.94215114	1,184,489	836,511
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	7,857,394(BF4)	0.97787968	7,683,586	5,960,431
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	1,683,825(BF4)	1.00558812	1,693,234	1,198,965
	6-東區分區	8,333,868(BF4)	1.00949310	8,412,982	1,455,432
	7-合計	19,132,305(GF4)		18,974,291(AF4)	9,451,339(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	787,684(BF4)	0.94215114	742,117	687,648
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	2,296,773(BF4)	0.97787968	2,245,968	1,542,654
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	52,144,374(BF4)	1.00558812	52,435,763	33,724,560
	6-東區分區	9,231,568(BF4)	1.00949310	9,319,204	1,355,742
	7-合計	64,460,399(GF4)		64,743,052(AF4)	37,310,604(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	94,218(BF4)	0.94215114	88,768	163,637
	2-北區分區	0(BF4)	0.98804398	0	0
	3-中區分區	214,747(BF4)	0.97787968	209,997	153,131
	4-南區分區	0(BF4)	1.00408082	0	0
	5-高屏分區	523,680(BF4)	1.00558812	526,606	498,256
	6-東區分區	44,066,248(BF4)	1.00949310	44,484,573	17,742,256
	7-合計	44,898,893(GF4)		45,309,944(AF4)	18,557,280(BG4)

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	＝[22,908,215,493＋	28,867,561,839	－ 4,912,810,740	－(25,091,495,161	－	0)		
			－ 220,211,263	－ 181,422,412	－	21,656,532]／23,660,142,045	＝	0.90228458
北區分區	＝[8,567,634,694＋	11,857,464,923	－ 3,155,994,706	－(9,787,377,799	－	0)		
			－ 24,916,677	－ 18,283,102	－	7,600,792]／ 7,326,795,984	＝	1.01421229
中區分區	＝[10,901,120,184＋	15,121,650,090	－ 1,298,529,823	－(12,212,159,142	－	0)		
			－ 396,652,073	－ 433,441,865	－	7,309,730]／12,041,646,695	＝	0.96952501
南區分區	＝[8,425,661,427＋	12,039,260,584	－ 1,688,358,885	－(9,960,584,866	－	0)		
			－ 29,119,271	－ 24,582,946	－	4,693,389]／ 8,560,168,382	＝	1.02306196
高屏分區	＝[8,875,520,549＋	12,759,682,316	－ 1,189,863,976	－(10,099,862,974	－	0)		
			－ 84,092,836	－ 57,599,000	－	3,365,890]／10,143,053,786	＝	1.00565554
東區分區	＝[1,455,882,427＋	2,483,235,785	－ 355,786,807	－(1,781,863,182	－	0)		
			－ 62,887,453	－ 31,787,820	－	1,133,710]／ 1,664,902,289	＝	1.02448009

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)
＝[61,134,034,774＋ 83,128,855,537 －(69,680,460,269 － 0)－ 45,760,043]／77,480,716,301
＝ 0.96200285

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	＝[22,908,215,493＋	28,867,561,839	]／[29,055,498,610＋	25,272,917,573－	0 ＋	21,656,532]＝	0.95263492
北區分區	＝[8,567,634,694＋	11,857,464,923	]／[10,669,667,372＋	9,805,660,901－	0 ＋	7,600,792]＝	0.99717670
中區分區	＝[10,901,120,184＋	15,121,650,090	]／[13,812,092,836＋	12,645,601,007－	0 ＋	7,309,730]＝	0.98328988
南區分區	＝[8,425,661,427＋	12,039,260,584	]／[10,364,486,148＋	9,985,167,812－	0 ＋	4,693,389]＝	1.00543248
高屏分區	＝[8,875,520,549＋	12,759,682,316	]／[11,477,716,835＋	10,157,461,974－	0 ＋	3,365,890]＝	0.99984556
東區分區	＝[1,455,882,427＋	2,483,235,785	]／[2,101,254,500＋	1,813,651,002－	0 ＋	1,133,710]＝	1.00589345

8.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
＝[61,134,034,774＋ 83,128,855,537]／[77,480,716,301＋69,680,460,269－ 0 ＋ 45,760,043]＝ 0.98000063

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	＝[22,908,215,493＋	28,867,561,839＋	3,441,024,886]／[29,055,498,610＋	25,272,917,573－	0＋	21,656,532＋	3,138,812,630]＝	0.96047787
北區分區	＝[8,567,634,694＋	11,857,464,923＋	1,058,892,529]／[10,669,667,372＋	9,805,660,901－	0＋	7,600,792＋	869,298,091]＝	1.00617102
中區分區	＝[10,901,120,184＋	15,121,650,090＋	1,890,798,180]／[13,812,092,836＋	12,645,601,007－	0＋	7,309,730＋	1,628,255,768]＝	0.99360377
南區分區	＝[8,425,661,427＋	12,039,260,584＋	1,114,168,318]／[10,364,486,148＋	9,985,167,812－	0＋	4,693,389＋	802,454,679]＝	1.01995993
高屏分區	＝[8,875,520,549＋	12,759,682,316＋	1,388,179,090]／[11,477,716,835＋	10,157,461,974－	0＋	3,365,890＋	1,172,730,704]＝	1.00929832
東區分區	＝[1,455,882,427＋	2,483,235,785＋	223,608,811]／[2,101,254,500＋	1,813,651,002－	0＋	1,133,710＋	140,941,488]＝	1.02606528
全　　區	＝[61,134,034,774＋	83,128,855,537＋	9,116,671,813]／[77,480,716,301＋	69,680,460,269－	0＋	45,760,043＋	7,752,493,360]＝	0.98980464

註：

1.專款專用暫結金額＝　暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)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
＋後天免疫缺乏症候群抗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
＋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
＋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-提升急重症照護品質暫結金額
＋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、新醫療技術)、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.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。
5.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋114年品質保證保留款預算/4。
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算＝(106年各季預算+114年各季預算)x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。
6.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。
7.註1專款專用暫結金額，係指不包括114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114/03(含)以前:於114/07/01～114/09/30期間核付者。
費用年月114/04～114/06:於114/04/01～114/09/30期間核付者。
2.當地就醫分區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、修正後門住診一般服務費用總額

依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額　143,183,878,945(D)

(一)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)× 53%× (R)]＋ [(D4)× 47%× (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)＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_門診

調整後臺北分區一般服務預算總額	＝	22,908,215,493
調整後北區分區一般服務預算總額	＝	8,567,634,694
調整後中區分區一般服務預算總額	＝	10,901,120,184
調整後南區分區一般服務預算總額	＝	8,425,661,427
調整後高屏分區一般服務預算總額	＝	8,875,520,549
調整後東區分區一般服務預算總額	＝	1,455,882,427
總計		61,134,034,774

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 46%× (R)]＋ [(D3)× 54%× (S)]＋風險調整移撥款(RS_I)＋114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)＋離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%＋114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等_住診

調整後臺北分區一般服務預算總額	＝	28,867,561,839
調整後北區分區一般服務預算總額	＝	11,857,464,923
調整後中區分區一般服務預算總額	＝	15,121,650,090
調整後南區分區一般服務預算總額	＝	12,039,260,584
調整後高屏分區一般服務預算總額	＝	12,759,682,316
調整後東區分區一般服務預算總額	＝	2,483,235,785
總計		83,128,855,537

(二)保留款：

1.分區當季保留款(T1)＝[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)] 〕× 1

臺北分區當季保留款(T1)＝ 0
北區分區當季保留款(T1)＝ 0
中區分區當季保留款(T1)＝ 0
南區分區當季保留款(T1)＝ [8,425,661,427＋ 12,039,260,584]－【〔 [10,364,486,148＋ 9,985,167,812－ 0＋ 4,693,389] 〕× 1】＝ 110,574,662
高屏分區當季保留款(T1)＝ 0
東區分區當季保留款(T1)＝ 0

2.依保留分區門住診預算占率調整後分區門住診一般服務預算總額[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）]

1.保留款門診調整後分區一般服務預算總額占率(T2r)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	0.52741123
	高屏分區	0
	東區分區	0
2.保留款住診調整後分區一般服務預算總額占率(T3r)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	0.47258877
	高屏分區	0
	東區分區	0
3.保留款門診調整後分區一般服務預算總額(T2)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	58,318,318
	高屏分區	0
	東區分區	0
4.保留款住診調整後分區一般服務預算總額(T3)	臺北分區	0
	北區分區	0
	中區分區	0
	南區分區	52,256,344

高屏分區	0
東區分區	0

3.分區累計保留款（T4）＝分區前季累計保留款(P)＋分區當季保留款_門診(T2)＋分區當季保留款_住診(T3)

臺北分區累計保留款(T3)＝前季累計保留款	0(P)＋當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0
北區分區累計保留款(T3)＝前季累計保留款	0(P)＋當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0
中區分區累計保留款(T3)＝前季累計保留款	0(P)＋當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0
南區分區累計保留款(T3)＝前季累計保留款	0(P)＋當季保留款_門診	58,318,318(T2)＋當季保留款_住診	52,256,344(T3)＝	110,574,662
高屏分區累計保留款(T3)＝前季累計保留款	0(P)＋當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0
東區分區累計保留款(T3)＝前季累計保留款	0(P)＋當季保留款_門診	0(T2)＋當季保留款_住診	0(T3)＝	0

(三)修正後分區門診一般服務預算總額(BD6)＝調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)(四捨五入至整數位)－分區當季保留款(T2)

修正後臺北分區一般服務預算總額＝	22,908,215,493(BD4)－	0＝	22,908,215,493
修正後北區分區一般服務預算總額＝	8,567,634,694(BD4)－	0＝	8,567,634,694
修正後中區分區一般服務預算總額＝	10,901,120,184(BD4)－	0＝	10,901,120,184
修正後南區分區一般服務預算總額＝	8,425,661,427(BD4)－	58,318,318＝	8,367,343,109
修正後高屏分區一般服務預算總額＝	8,875,520,549(BD4)－	0＝	8,875,520,549
修正後東區分區一般服務預算總額＝	1,455,882,427(BD4)－	0＝	1,455,882,427
總計	61,134,034,774(BD4)－	58,318,318＝	61,075,716,456

(四)修正後分區住診一般服務預算總額(BD5)＝調整後分區門診一般服務預算總額(BD3)(四捨五入至整數位)－分區當季保留款(T3)

修正後臺北分區一般服務預算總額＝	28,867,561,839(BD3)－	0＝	28,867,561,839
修正後北區分區一般服務預算總額＝	11,857,464,923(BD3)－	0＝	11,857,464,923
修正後中區分區一般服務預算總額＝	15,121,650,090(BD3)－	0＝	15,121,650,090
修正後南區分區一般服務預算總額＝	12,039,260,584(BD3)－	52,256,344＝	11,987,004,240
修正後高屏分區一般服務預算總額＝	12,759,682,316(BD3)－	0＝	12,759,682,316
修正後東區分區一般服務預算總額＝	2,483,235,785(BD3)－	0＝	2,483,235,785
總計	83,128,855,537(BD3)－	52,256,344＝	83,076,599,193

註：

1.保留款之運用，依據本署114年7月8日健保醫字第1140663050號書函略以，分區當季一般服務結算平均點值大於1元部分之預算，前開預算保留款得保留至下季一般服務預算，惟不得保留至次年度。前開保留款之運作，應經分區共管會議取得共識後實施。

2.調整南區一般服務預算保留款之保留款：依據本署南區業務組114年9月19日健保南費一字第1148505918號書函略以，114年第2季一般服務結算平均點值大於1元之預算額度，擬保留至114年第3季結算使用。前述保留額度分配，門診：0.52741123、住診：0.47258877。

七、修正後各分區一般服務點值之計算

1.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（BD6）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)
－ 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＝[22,908,215,493＋ 28,867,561,839－ 4,912,810,740－(25,091,495,161－ 0)
－ 220,211,263－ 181,422,412－ 21,656,532]／ 23,660,142,045＝ 0.90228458
北區分區＝[8,567,634,694＋ 11,857,464,923－ 3,155,994,706－(9,787,377,799－ 0)
－ 24,916,677－ 18,283,102－ 7,600,792]／ 7,326,795,984＝ 1.01421229
中區分區＝[10,901,120,184＋ 15,121,650,090－ 1,298,529,823－(12,212,159,142－ 0)
－ 396,652,073－ 433,441,865－ 7,309,730]／ 12,041,646,695＝ 0.96952501
南區分區＝[8,367,343,109＋ 11,987,004,240－ 1,688,358,885－(9,960,584,866－ 0)
－ 29,119,271－ 24,582,946－ 4,693,389]／ 8,560,168,382＝ 1.01014461
高屏分區＝[8,875,520,549＋ 12,759,682,316－ 1,189,863,976－(10,099,862,974－ 0)
－ 84,092,836－ 57,599,000－ 3,365,890]／ 10,143,053,786＝ 1.00565554
東區分區＝[1,455,882,427＋ 2,483,235,785－ 355,786,807－(1,781,863,182－ 0)
－ 62,887,453－ 31,787,820－ 1,133,710]／ 1,664,902,289＝ 1.02448009

2.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（D6）＋ 調整後住診一般服務預算總額(D5)
－ 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)
＝[61,075,716,456＋ 83,076,599,193－(69,680,460,269－ 0)－ 45,760,043]／ 77,480,716,301
＝ 0.96057573

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。

3.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（BD6）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)
／[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	＝[	22,908,215,493＋	28,867,561,839]／[	29,055,498,610＋	25,272,917,573－	0＋	21,656,532]＝	0.95263492
北區分區	＝[	8,567,634,694＋	11,857,464,923]／[	10,669,667,372＋	9,805,660,901－	0＋	7,600,792]＝	0.99717670
中區分區	＝[	10,901,120,184＋	15,121,650,090]／[	13,812,092,836＋	12,645,601,007－	0＋	7,309,730]＝	0.98328988
南區分區	＝[	8,367,343,109＋	11,987,004,240]／[	10,364,486,148＋	9,985,167,812－	0＋	4,693,389]＝	1.00000000
高屏分區	＝[	8,875,520,549＋	12,759,682,316]／[	11,477,716,835＋	10,157,461,974－	0＋	3,365,890]＝	0.99984556
東區分區	＝[	1,455,882,427＋	2,483,235,785]／[	2,101,254,500＋	1,813,651,002－	0＋	1,133,710]＝	1.00589345

4.非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

＝[61,075,716,456＋ 83,076,599,193]／[77,480,716,301＋ 69,680,460,269－ 0＋ 45,760,043]＝ 0.97924948

5.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（BD6）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)＋ 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	＝[	22,908,215,493＋	28,867,561,839＋	3,441,024,886]／[	29,055,498,610＋	25,272,917,573－	0＋	21,656,532＋	3,138,812,630]＝	0.96047787
北區分區	＝[	8,567,634,694＋	11,857,464,923＋	1,058,892,529]／[	10,669,667,372＋	9,805,660,901－	0＋	7,600,792＋	869,298,091]＝	1.00617102
中區分區	＝[	10,901,120,184＋	15,121,650,090＋	1,890,798,180]／[	13,812,092,836＋	12,645,601,007－	0＋	7,309,730＋	1,628,255,768]＝	0.99360377
南區分區	＝[	8,367,343,109＋	11,987,004,240＋	1,114,168,318]／[	10,364,486,148＋	9,985,167,812－	0＋	4,693,389＋	802,454,679]＝	1.01473350
高屏分區	＝[	8,875,520,549＋	12,759,682,316＋	1,388,179,090]／[	11,477,716,835＋	10,157,461,974－	0＋	3,365,890＋	1,172,730,704]＝	1.00929832
東區分區	＝[	1,455,882,427＋	2,483,235,785＋	223,608,811]／[	2,101,254,500＋	1,813,651,002－	0＋	1,133,710＋	140,941,488]＝	1.02606528
全　區	＝[	61,075,716,456＋	83,076,599,193＋	9,116,671,814]／[	77,480,716,301＋	69,680,460,269－	0＋	45,760,043＋	7,752,493,360]＝	0.98909106

註：

1.專款專用暫結金額＝　暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)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
＋後天免疫缺乏症候群抗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
＋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
＋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-提升急重症照護品質暫結金額
＋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、新醫療技術)、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.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含由公務預算補助健保基金挹注罕見疾病藥費。

5.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋114年品質保證保留款預算/4。

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算＝(106年各季預算+114年各季預算)x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。

6.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。

7.註1專款專用暫結金額，係指不包括114年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

八、說明

1.本季結算費用年月包括:
費用年月114/03(含)以前:於114/07/01～114/09/30期間核付者。
費用年月114/04～114/06:於114/04/01～114/09/30期間核付者。

2.當地就醫分區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。