

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 115年調整後第1季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 115\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_{q1}) \\ &= 594,482,537,099 \times 24.229625\% \\ &= 144,040,889,430 \text{ (D)} \end{aligned}$$

註：

- 依據114年12月10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4次會議決定，115年醫院總額一般服務預算四季重分配，採近3年(111-113年)之各季醫療費用申報點數占率平均計算：第1季24.229625%、第2季24.447789%、第3季25.397119%、第4季25.925467%。
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。
- 115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、115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、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能、0-6歲兒童醫療量能保障、0-6歲新醫療科技-新藥、藥品給付規定改變]為594,482,537,099元。
 - 115年第1季調整後預算 $144,040,889,430 = 594,482,537,099 \times 24.229625\%(h_{q1})$ 。
 - 115年第2季調整後預算 $145,337,836,312 = 594,482,537,099 \times 24.447789\%(h_{q2})$ 。
 - 115年第3季調整後預算 $150,981,437,381 = 594,482,537,099 \times 25.397119\%(h_{q3})$ 。
 - 115年第4季調整後預算 $= 115\text{年全年預算數} - 115\text{年第1季調整後預算} - 115\text{年第2季調整後預算} - 115\text{年第3季調整後預算} = 154,122,373,976$ 。

(二) 115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	113年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	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1)	114年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	113年各季校正 投保人口預估 成長率差值	114年違反 特管辦法之扣 款(註2)	115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+6.237%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+5.101%)
第1季	129,085,106,335	334,881,916	3,030,007	137,495,131,907	1,564,503,100	807,044	146,153,915,200
第2季	137,671,885,733	1,040,540,401	3,030,007	147,367,139,141	1,443,259,763	807,044	156,402,065,563
第3季	134,827,659,478	991,122,483	3,030,007	144,293,018,380	1,442,058,483	807,044	153,169,871,345
第4季	136,200,128,266	926,464,135	3,030,007	145,682,396,957	1,415,176,709	807,042	154,601,869,108

合 計	537,784,779,812	3,293,008,935	12,120,028	574,837,686,385	5,864,998,055	3,228,174	610,327,721,216
	106年品質 保證保留款 (註3)	115年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	115年風險 調整移 撥款(註5)	115年持續推動 分級醫療，優化 社區醫院醫療服 務及量能(註6)	115年健全區域級 (含)以上醫院門住 診結構，優化重症 照護量能(註6)	115年 0-6歲兒童醫療 服務量能 (註7)	
項目							
	(E)	(F)	(H)	(I)	(J)	(K)	
第1季	92,954,852	158,696,772	162,500,000	125,000,000	250,000,000	3,137,500,000	
第2季	99,662,029	158,696,772	162,500,000	125,000,000	250,000,000	3,137,500,000	
第3季	97,555,436	158,696,772	162,500,000	125,000,000	250,000,000	3,137,500,000	
第4季	98,530,640	158,696,770	162,500,000	125,000,000	250,000,000	3,137,500,000	
合 計	388,702,957	634,787,086	650,000,000	500,000,000	1,000,000,000	12,550,000,000	

項目	115年 0-6歲新醫療科技 新藥、藥品給付 規定改變	115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
	(L)	(G1)
		=(G)-(E)-(F)-(H)
		-(I)-(J)-(K)-(L)
第1季	30,423,519	142,196,840,057
第2季	30,423,519	152,438,283,243
第3季	30,423,519	149,208,195,618
第4季	30,423,517	150,639,218,181
合 計	121,694,074	594,482,537,099

註：

- 114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(113年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+112年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+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(B2)×(1+6.237%)。
 - 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年度醫院一般服務醫療給付費用，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，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，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。
 - 113年違反特管辦法之扣款(B2) 12,120,028元，採四季均分。
- 115年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+113年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+114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+5.101%)。
 - 一般服務成長率為5.101%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.655%，協商因素成長率1.446%。
 - 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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114年度醫院一般服務給付費用，係依衛生福利部114.9.3衛部保字第1140137541號交議總額範圍函確認，以前1年度(114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(113年)投保人口預估成長率差值與實際之差值金額，及加回前1年度(114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。
 - 114年違反特管辦法之扣款(B4) 3,228,174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. 115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)：634,787,086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) 115年醫院附設門診部回歸原醫院之預算634,787,086元(=114年預算603,978,160元×(1+115年度一般服務成長率5.101%)，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) 115年臺北、高屏、東區預算242,178,642元(=114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元×(1+115年度一般服務成長率5.101%))，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392,608,444元(=114年南區預算373,553,481元×(1+115年度一般服務成長率5.101%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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. 115年持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(預算5億元)(I)及健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(預算10億元)(J)：
- (1) 依據114年12月10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4次會議決定略以，考量115年本項預算由專款導入一般服務項目，台灣醫院協會規劃方案內容，本署尚需研擬估算，並於下次提會討論，支付標準修訂項目尚未生效前，暫以114年專款項目方案內容支付。
- (2) 依據115年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」115年第1次會議決定略以，考量115年方案尚未訂定，上述二項預算，先按季均分〔(5億元/4)、(10億元/4)〕自一般服務預算予以扣除，再依114年專款項目方案內容支付，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算；俟115年一般服務項目方案內容生效後，配合修訂。
7. 115年0-6歲兒童醫療量能(K)：
- (1) 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，0-6歲兒童醫療服務量保障預算與一般服務預算保留之0-6歲醫療費用(醫院部門120.14億元、西醫基層部門117.60億元)合併運用(醫院部門共125.50億元、西醫基層部門123.50億元)，用於支應0-6歲兒童醫療費用。
- (2) 依據115年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」115年第1次會議決定略以，醫院部門前開之預算125.50億元，採按季均分，自一般服務預算扣除。
8. 115年0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變(L)：
- 新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算，查115年0-6歲兒童醫療費用匡列之125.50億元之預算，於115年總額協商時並未考量新醫療科技、藥品及特材給付規定改變等預算，將每季自一般服務預算扣除，移列至0-6歲兒童醫療費用預算。

=====

(三) 115年第1季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質」)

$$= 114\text{年第1季醫院門診透析服務預算} \times (1 + 2.209\%)$$
$$= (5,907,872,660) \times (1 + 2.209\%)$$
$$= 6,038,377,567$$

註：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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48,796.4百萬元)，其中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，且300百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

(四) 促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增項目)之各季預算：

全年預算 1,891.5百萬元。

$$= 1,891,500,000 / 4$$
$$= 472,875,000 \quad (C1)$$

註：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。

(五) 離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)之各季預算：

全年預算 200.0百萬元。

$$= 200,000,000 / 4$$
$$= 50,000,000 \quad (D1)$$

註：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、新醫療技術) 全年預算＝ 600.0百萬元

1. 已支用點數(X1)

門診第1季已支用點數：	36,868,232	住診第1季已支用點數：	477,840	門住診合計第1季已支用點數：	37,346,072
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：	36,868,232	全 年已支用點數：	477,840	全 年已支用點數：	37,346,072

2. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	443,355	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	443,355
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：	443,355	全 年金額：	0	全 年金額：	443,355

3. 實際已支用金額(T1=X1－Y1)

門診第1季已支用金額：	36,424,877	住診第1季已支用金額：	477,840	門住診合計第1季已支用金額：	36,902,717
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	36,424,877	全 年已支用金額：	477,840	全 年已支用金額：	36,902,717

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
＝ 37,346,072	—	443,355	＝	600,000,000	—	36,902,717
＝ 36,902,717			＝	563,097,283		

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。

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/27

頁 次： 7

(二) C型肝炎藥費 全年預算＝ 1,200.0百萬元(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：	5,246	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,246
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：	5,246	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	5,246

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	226,077,025	住診第1季已支用點數：	2,638,620	門住診合計第1季已支用點數：	228,715,645
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：	226,077,025	全 年已支用點數：	2,638,620	全 年已支用點數：	228,715,645

3. 已支用點數合計(X2)

門診第1季已支用點數：	226,082,271	住診第1季已支用點數：	2,638,620	門住診合計第1季已支用點數：	228,720,891
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：	226,082,271	全 年已支用點數：	2,638,620	全 年已支用點數：	228,720,891

4. 藥品給付協議(Y2)

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

5. 實際已支用金額(T2＝X2－Y2)

門診第1季已支用金額：	226,082,271	住診第1季已支用金額：	2,638,620	門住診合計第1季已支用金額：	228,720,891
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	226,082,271	全 年已支用金額：	2,638,620	全 年已支用金額：	228,720,891

=====

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
	=	228,720,891	—	0		=	1,200,000,000	—	228,720,891
	=	228,720,891				=	971,279,109		

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
 - 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= 19,191.0百萬元(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：	3,132,403,972	住診第1季已支用點數：	485,339,862	門住診合計第1季已支用點數：	3,617,743,834
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,132,403,972	全年已支用點數：	485,339,862	全年已支用點數：	3,617,743,834

1.2 藥品給付協議(Y3)

門診第1季金額：	1,015,613,468	住診第1季金額：	250,478,785	門住診合計第1季金額：	1,266,092,253
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：	1,015,613,468	全年金額：	250,478,785	全年金額：	1,266,092,253

1.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	2,116,790,504	住診第1季已支用金額：	234,861,077	門住診合計第1季已支用金額：	2,351,651,581
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	2,116,790,504	全年已支用金額：	234,861,077	全年已支用金額：	2,351,651,581

實際暫結金額= 1元/點×已支用點數 — 藥品給付協議
 = 3,617,743,834 — 1,266,092,253
 = 2,351,651,581

*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(支應115年第2季)
 = 2,351,651,581 — 0
 = 2,351,651,581

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：	1,150,396,417	住診第1季已支用點數：	68,371,543	門住診合計第1季已支用點數：	1,218,767,960
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,150,396,417	全 年已支用點數：	68,371,543	全 年已支用點數：	1,218,767,960

2.2 藥品給付協議(Y4)

門診第1季金額：	204,527,214	住診第1季金額：	137,983	門住診合計第1季金額：	204,665,197
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：	204,527,214	全 年金額：	137,983	全 年金額：	204,665,197

2.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：	945,869,203	住診第1季已支用金額：	68,233,560	門住診合計第1季已支用金額：	1,014,102,763
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	945,869,203	全 年已支用金額：	68,233,560	全 年已支用金額：	1,014,102,763

$$\begin{aligned}
 &\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,218,767,960 - 204,665,197 \\
 &= 1,014,102,763
 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	606,332	門住診合計第1季已支用點數：	606,332
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：	606,332	全 年已支用點數：	606,332

$$\begin{aligned}
 &\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 606,332
 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1 已支用點數(X5)

門診第1季已支用點數：	4,282,800,389	住診第1季已支用點數：	554,317,737	門住診合計第1季已支用點數：	4,837,118,126
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：	4,282,800,389	全 年已支用點數：	554,317,737	全 年已支用點數：	4,837,118,126

4.2 藥品給付協議(Y5)

門診第1季金額：	1,220,140,682	住診第1季金額：	250,616,768	門住診合計第1季金額：	1,470,757,450
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：	1,220,140,682	全 年金額：	250,616,768	全 年金額：	1,470,757,450

4.3 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：	3,062,659,707	住診第1季已支用金額：	303,700,969	門住診合計第1季已支用金額：	3,366,360,676
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	3,062,659,707	全 年已支用金額：	303,700,969	全 年已支用金額：	3,366,360,676

實際暫結金額＝ 1元/點×已支用點數 — 藥品給付協議

＝ 4,837,118,126 — 1,470,757,450

＝ 3,366,360,676

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(支應115年第2季)

＝ 3,366,360,676 — 0

＝ 3,366,360,676

未支用金額＝ 全年預算 — 暫結金額

＝ 19,191,000,000 — 3,366,360,676

＝ 15,824,639,324

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
- 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。
- 依據本署115年6月30日健保審字第1150671788號書函，有關115年公務預算「挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用」20億元，沖轉至115年第2季「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款預算。

(四)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 全年預算 = 5,871.0百萬元(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：	1,168,170,103	住診第1季已支用點數：	405,475	門住診合計第1季已支用點數：	1,168,575,578
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,168,170,103	全 年已支用點數：	405,475	全 年已支用點數：	1,168,575,578

2. 藥品給付協議(Y6)

門診第1季金額：	10,514,577	住診第1季金額：	10,383	門住診合計第1季金額：	10,524,960
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：	10,514,577	全 年金額：	10,383	全 年金額：	10,524,960

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	1,157,655,526	住診第1季已支用金額：	395,092	門住診合計第1季已支用金額：	1,158,050,618
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	1,157,655,526	全 年已支用金額：	395,092	全 年已支用金額：	1,158,050,618

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
= 1,168,575,578 — 10,524,960	= 5,871,000,000	— 1,158,050,618
= 1,158,050,618	= 4,712,949,382	

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」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： 611,936,058	住診第1季已支用點數： 571,570,977	門住診合計第1季已支用點數： 1,183,507,035
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： 611,936,058	全 年已支用點數： 571,570,977	全 年已支用點數： 1,183,507,035

暫結金額＝1元/點×已支用點數

＝1,183,507,035

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額

＝5,364,300,000－1,183,507,035＝4,180,792,965

註：如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。

(六)醫療給付改善方案 全年預算＝2,618.5百萬元

1.乳癌

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

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

2.氣喘

門診第1季已支用點數： 14,644,640	住診第1季已支用點數： 0	門住診合計第1季已支用點數： 14,644,640
第2季已支用點數： 0	第2季已支用點數： 0	第2季已支用點數： 0
第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0
第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0
全 年已支用點數： 14,644,640	全 年已支用點數： 0	全 年已支用點數： 14,644,640

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 14,644,640

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： 153,802,540	住診第1季已支用點數： 0	門住診合計第1季已支用點數： 153,802,540
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： 153,802,540	全 年已支用點數： 0	全 年已支用點數： 153,802,540

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 153,802,540

3.2糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	76,664,240	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	76,664,240
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：	76,664,240	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	76,664,240
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 76,664,240					

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：	230,466,780	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	230,466,780
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：	230,466,780	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	230,466,780
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 230,466,780					

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,033,714	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,033,714
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：	9,033,714	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	9,033,714
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,033,714					

5. 全民健康保險肝炎醫療給付改善方案

門診第1季已支用點數：	9,850,950	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,850,950
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：	9,850,950	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	9,850,950
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,850,950					

註：1. 依據本署115年3月5日健保醫字第1150103917號公告修訂「全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」內容及修正名稱為「全民健康保險肝炎醫療給付改善方案」，並追溯自115年3月1日生效。

2. 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

6. 孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	5,904	住診第1季已支用點數：	23,640,040	門住診合計第1季已支用點數：	23,645,944
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：	5,904	全 年已支用點數：	23,640,040	全 年已支用點數：	23,645,944
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 23,645,944					

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	595,000
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	595,000
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 595,000	

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	12,189,300	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	12,189,300
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	12,189,300	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	12,189,300
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,189,300					

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：	19,677,750	門住診合計已支用點數：	19,677,750
暫結金額 = 1元/點x已支用點數		未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額			
=	19,677,750	=	7,847,250		

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 7,847,250= 35,372,250

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x已支用點數		未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額			
=	0	=	35,372,250		

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 35,372,250= 62,897,250

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x已支用點數		未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額			
=	0	=	62,897,250		

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額=110,100,000/4+ 62,897,250= 90,422,250

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x已支用點數		未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額			
=	0	=	90,422,250		

全年合計：

全年預算 =110,100,000

已支用點數： 19,677,750

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 19,677,750 + 0 + 0 + 0 = 19,677,750

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 110,100,000 - 19,677,750 = 90,422,250

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：	723,200	0	723,200
(2)重症加護臨床藥事照護費：	0	114,500	114,500
(3)一般病床臨床藥事照護費：	0	187,440	187,440
(9)合計：	723,200	301,940	1,025,140

暫結金額＝1元/點×已支用點數

＝1,025,140

未支用金額＝第1季預算－暫結金額

＝8,199,860

第2季：預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝36,900,000/4＋8,199,860＝17,424,860

	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

＝0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額

＝17,424,860

第3季：預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝36,900,000/4＋17,424,860＝26,649,860

	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

＝0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額

＝26,649,860

第4季：預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝36,900,000/4＋26,649,860＝35,874,860

	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

＝0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額

＝35,874,860

=====

全年合計：

全年預算 = 36,900,000

已支用點數： 1,025,140

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 1,025,140 + 0 + 0 + 0 = 1,025,140

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 36,900,000 - 1,025,140 = 35,874,860

9.9.1(9.1.1及9.1.2)合計：

門診第1季已支用點數：	723,200	住診第1季已支用點數：	19,979,690	門住診合計第1季已支用點數：	20,702,890
-------------	---------	-------------	------------	----------------	------------

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：	723,200	全年已支用點數：	19,979,690	全年已支用點數：	20,702,890
----------	---------	----------	------------	----------	------------

暫結金額 = 20,702,890

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 147,000,000 - 20,702,890

= 126,297,110

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： 143,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 143,750

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 4,856,250

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 20,000,000/4+ 4,856,250 = 9,856,250

門診已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 9,856,250

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 20,000,000/4+ 9,856,250 = 14,856,250

門診已支用點數： 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

= 14,856,250

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 20,000,000/4+ 14,856,250 = 19,856,250

門診已支用點數： 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

= 19,856,250

全年合計：

全年預算 = 20,000,000

已支用點數： 143,750

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 143,750 + 0 + 0 + 0 = 143,750

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 143,750 = 19,856,250

9.9.2(9.1及9.2)合計：

門診第1季已支用點數： 866,950 住診第1季已支用點數： 19,979,690 門住診合計第1季已支用點數： 20,846,640

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： 866,950 全年已支用點數： 19,979,690 全年已支用點數： 20,846,640

暫結金額 = 20,846,640

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 167,000,000 - 20,846,640

= 146,153,360

註：1. 依據本署115年7月13日健保審字第1150113979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115年7月1日起生效。

2. 試辦期程：本計畫試辦3年，每年由保險人依前一年度實際值滾動檢討並設定新年度計畫藥品基準值及項目。

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。

3. 預算來源：

(1)「生物相似藥品及化療學名藥之處方開立獎勵費」：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。

(2)化療藥以外之癌症學名藥之處方開立獎勵費：由國家藥物韌性整備計畫之衛生福利部主管項下支應，115年編列1.5億元。

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

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

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

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 94,000,000 - 0

= 94,000,000

註：1. 依據本署115年7月13日健保審字第1150113979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115年7月1日起生效。

2. 試辦期程：本計畫試辦3年，每年由保險人依前一年度實際值滾動檢討並設定新年度計畫藥品基準值及項目。

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。

3. 預算來源：

(1) 生物相似藥品及化療學名藥之處方開立獎勵費：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。

(2) 化療藥以外之癌症學名藥之處方開立獎勵費：由國家藥物韌性整備計畫之衛生福利部主管項下支應，115年編列1.5億元。

11. 擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)

門診第1季已支用點數：	49,500	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	49,500
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：	49,500	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	49,500
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 49,500					

註：1. 依據本署114年12月11日健保醫字第1140126650號公告新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」，並自115年1月1日生效。

2. 預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項目。

12. 全民健康保險乳癌照護品質提升方案

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0					

註：1. 依據本署115年2月12日健保醫字第1150102594號公告新增「全民健康保險乳癌照護品質提升方案」，追溯自115年1月1日生效。

2. 預算來源：本方案獎勵費用由全民健康保險醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項目支應。

13. 加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫 全年預算=250.0百萬元

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x已支用點數 = 0					
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額					
= 250,000,000 - 0					
= 250,000,000					

註：1. 依據本署115年8月4日健保醫字第1150115790號公告新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」，並自115年8月1日生效。

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「醫療給付改善方案」項下2.5億元支應。

3. 點值結算：

- (1) 本計畫預算優先支應「侵襲性呼吸器優化管理胸腔暨重症專科醫師評估處置費」，餘款支應「品質獎勵費」。
- (2) 「侵襲性呼吸器優化管理胸腔暨重症專科醫師評估處置費」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) 「品質獎勵費」每年結算一次，由保險人於次年3月底，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

14. 合計

門診第1季已支用點數：	277,702,738	住診第1季已支用點數：	43,619,730	門住診合計第1季已支用點數：	321,322,468
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：	277,702,738	全 年已支用點數：	43,619,730	全 年已支用點數：	321,322,468
門診第1季暫結金額：	277,702,738	住診第1季暫結金額：	43,619,730	門住診合計第1季暫結金額：	321,322,468
第2季暫結金額：	0	第2季暫結金額：	0	第2季暫結金額：	0
第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0	第3季暫結金額：	0
第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0	第4季暫結金額：	0
全 年暫結金額：	277,702,738	全 年暫結金額：	43,619,730	全 年暫結金額：	321,322,468
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）				
	=	321,322,468+	0+	0+	0
	=	321,322,468			
未支用金額	=	全年預算	-	暫結金額	
	=	2,618,500,000	-	321,322,468	
	=	2,297,177,532			

(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：	13,279,600	13,279,600	0
(2)轉診品質獎勵：	26,667	26,667	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：	13,306,267	13,306,267	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：	10,932,000	10,932,000	0
(2)轉診品質獎勵：	547,491	547,491	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：	11,479,491	11,479,491	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：	24,211,600	24,211,600	0
(2)轉診品質獎勵：	574,158	574,158	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：	24,785,758	24,785,758	0

已支用點數＝ 24,785,758

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 24,785,758

未支用金額＝ 第1季預算 — 第1季暫結金額＝ 35,000,000 — 24,785,758＝ 10,214,242

$$\begin{aligned} \text{第2季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (300,000,000 - 160,000,000) / 4 + 10,214,242 = 45,214,242 \end{aligned}$$

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

已支用點數＝ 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝第2季預算－第2季暫結金額＝45,214,242－0＝45,214,242

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 + 45,214,242 = 80,214,242			
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x已支用點數	＝	0	
未支用金額＝第3季預算－第3季暫結金額	＝	80,214,242－0	＝80,214,242

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 + 80,214,242+ 160,000,000 = 275,214,242

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x已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算 — 第4季暫結金額＝ 275,214,242 - 0＝ 275,214,242

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：	13,279,600	13,279,600	0
(2)轉診品質獎勵：	26,667	26,667	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：	13,306,267	13,306,267	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：	10,932,000	10,932,000	0
(2)轉診品質獎勵：	547,491	547,491	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：	11,479,491	11,479,491	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：	24,211,600	24,211,600	0
(2)轉診品質獎勵：	574,158	574,158	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：	24,785,758	24,785,758	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)			
＝24,785,758＋0＋0＋0＝24,785,758			
未支用金額＝全年預算－暫結金額			
＝300,000,000－24,785,758＝275,214,242			

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)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 7,718,591(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 8,365,872(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 10,948,400(J3)

(4)合計： 已支用點數 27,032,863(J9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 27,032,863 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 6,842,137

第2季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 6,842,137＝ 40,717,137

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1： 已支用點數 0(K1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2： 已支用點數 0(K2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3： 已支用點數 0(K3)

(4)合計： 已支用點數 0(K9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0 未支用金額＝ 本季預算－暫結金額＝ 40,717,137

第3季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 40,717,137＝ 74,592,137

(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＝ 74,592,137

第4季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 135,500,000/4＋ 74,592,137＝ 108,467,137		
(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＝ 108,467,137		

合計:

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數N1：	已支用點數	7,718,591(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	8,365,872(N2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3：	已支用點數	10,948,400(N3)
(4)合計：	已支用點數	27,032,863(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)＝ 27,032,863		
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額		
＝ 135,500,000 － 27,032,863＝ 108,467,137		

註：依據「115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。

=====

(九)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：172,258,397

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

小計已支用點數：172,258,397

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=172,258,397

未支用金額=全年預算—暫結金額=927,741,603 (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

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×全年已支用點數=0

未支用金額=全年預算—暫結金額=900,000,000—0=900,000,000

3. 合計(加總第1階段及第2階段)

第1季已支用點數：172,258,397

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

全年偏遠地區燈塔型地區醫院已支用點數：0

合計已支用點數：172,258,397

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=172,258,397

未支用金額=全年預算—暫結金額=2,000,000,000—172,258,397=1,827,741,603

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，只補助緊急診檢傷分類第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/Σ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114年結算之費用年月114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108-114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114年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：114年之基期收入=108年一般服務收入 $\times$ (1+5.471%) $\times$ (1+5.047%) $\times$ (1+3.049%) $\times$ (1+3.092%) $\times$ (1+5.388%) $\times$ (1+6.237%)。
<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>114年費用未及納入114年結算者，自結算年115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114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)/Σ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)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： 42,703,650 (傳票日期：115/07/17)

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝ 42,703,650

未支用金額＝第1季預算－暫結金額
＝ 13,471,350

第2季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝224,700,000/4＋ 13,471,350＝ 69,646,350

已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝ 0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額
＝ 69,646,350

第3季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝224,700,000/4＋ 69,646,350＝125,821,350

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
＝ 125,821,350

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝224,700,000/4＋ 125,821,350＝181,996,350

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
＝ 181,996,350

全年合計：

全年預算＝ 224,700,000

已支用點數： 42,703,650

暫結金額＝第1~4季暫結金額＝ 42,703,650＋ 0＋ 0＋ 0＝ 42,703,650

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 224,700,000－ 42,703,650＝ 181,996,350

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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115年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」115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」(6億元)按季支應，每季最多支應1.5億元(6億/4)，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。

=====

(十一)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：	560,479,701	住診第1季已支用點數：	129,393,111	門住診合計第1季已支用點數：	689,872,812
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：	560,479,701	全 年已支用點數：	129,393,111	全 年已支用點數：	689,872,812

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：	560,479,701	住診第1季已支用金額：	129,393,111	門住診合計第1季已支用金額：	689,872,812
第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0	第2季已支用金額：	0
第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0	第3季已支用金額：	0
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全 年已支用金額：	560,479,701	全 年已支用金額：	129,393,111	全 年已支用金額：	689,872,812

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
= 689,872,812 — 0	= 3,006,000,000 —	689,872,812
= 689,872,812	= 2,316,127,188	

- 註：
- 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項下支應。
 - 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

=====

(十二)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×全年已支用點數 =	0
未支用金額	= 全年預算 — 暫結金額 =	100,000,000 — 0 = 100,000,000

2. 醫院評比獎勵 全年預算＝200.0百萬元

第1季已支用點數：	0	
第2季已支用點數：	0	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	
合 計已支用點數：	0	
暫結金額	= 1元/點×全年已支用點數 =	0
未支用金額	= 全年預算 — 暫結金額 =	200,000,000 — 0 = 200,000,000

3. 合計

第1季已支用點數：	0	
第2季已支用點數：	0	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	
合 計已支用點數：	0	
暫結金額	= 1元/點×全年已支用點數 =	0
未支用金額	= 全年預算 — 暫結金額 =	300,000,000 — 0 = 300,000,000

註：

- 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。
- 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。

=====

(十三)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x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：	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x已支用點數	=	0

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x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x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x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：	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x已支用點數	=	0

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x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：	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x已支用點數	=	0

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

註：1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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115年1月22日健保醫字第1150660061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115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。

(十四)區域聯防-提升急重症照護品質 全年預算=268.0百萬元

14.1 網絡建置費費用 全年預算=12.0百萬元(單一疾病各6.0百萬)

	第1季支用點數	第2季支用點數	第3季支用點數	第4季支用點數	小計
A. 主動脈剝離	1,000,000	0	0	0	1,000,000
B. 腦中風	1,000,000	0	0	0	1,000,000
暫結金額(1元/點×已支用點數)	2,000,000	0	0	0	2,000,000

14.2 品質獎勵費用 全年預算=256百萬元

第1季：預算= 256,000,000/4 = 64,000,000

已支用點數	主動脈剝離	腦中風	小計
A. 急重症疾病照護獎勵：	963,000	13,593,000	14,556,000
B. 跨院合作執行費獎勵：	13,190,000	9,280,000	22,470,000
C. 自行收治病人獎勵：	10,300,000	15,701,000	26,001,000
D. 合計：	24,453,000	38,574,000	63,027,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 63,027,000

未支用金額= 第1季預算 — 第1季暫結金額 = 973,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額 = 64,000,000+ 973,000 = 64,973,000

已支用點數	主動脈剝離	腦中風	小計
A. 急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
B. 跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
C. 自行收治病人獎勵：	0	0	0
D. 合計：	0	0	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額= 第2季預算 — 第2季暫結金額 = 64,973,000

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額 = 64,000,000+ 64,973,000 = 128,973,000

已支用點數	主動脈剝離	腦中風	小計
A. 急重症疾病照護獎勵：	0	0	0
B. 跨院合作執行費獎勵：	0	0	0
C. 自行收治病人獎勵：	0	0	0
D. 合計：	0	0	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 = 128,973,000

=====					
第4季：預算＝當季預算+ 前一季未支用金額＝64,000,000+ 128,973,000＝192,973,000					
	已支用點數	主動脈剝離	腦中風	小計	
A. 急重症疾病照護獎勵：	0	0	0	0	
B. 跨院合作執行費獎勵：	0	0	0	0	
C. 自行收治病人獎勵：	0	0	0	0	
D. 合計：	0	0	0	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＝192,973,000					
全年合計：					
1. 主動脈剝離：	第1季支用點數	第2季支用點數	第3季支用點數	第4季支用點數	小計
(1) 網路建置費費用	1,000,000	0	0	0	1,000,000
(2) 品質獎勵費用(A+B+C)小計	24,453,000	0	0	0	24,453,000
A. 急重症疾病照護獎勵：	963,000	0	0	0	963,000
B. 跨院合作執行費獎勵：	13,190,000	0	0	0	13,190,000
C. 自行收治病人獎勵：	10,300,000	0	0	0	10,300,000

暫結金額	25,453,000	0	0	0	25,453,000
2. 腦中風：	第1季支用點數	第2季支用點數	第3季支用點數	第4季支用點數	小計
(1) 網路建置費費用	1,000,000	0	0	0	1,000,000
(2) 品質獎勵費用(A+B+C)小計	38,574,000	0	0	0	38,574,000
A. 急重症疾病照護獎勵：	13,593,000	0	0	0	13,593,000
B. 跨院合作執行費獎勵：	9,280,000	0	0	0	9,280,000
C. 自行收治病人獎勵：	15,701,000	0	0	0	15,701,000

暫結金額	39,574,000	0	0	0	39,574,000
3. 合計：	第1季支用點數	第2季支用點數	第3季支用點數	第4季支用點數	小計
(1) 網路建置費費用	2,000,000	0	0	0	2,000,000
(2) 品質獎勵費用(A+B+C)小計	63,027,000	0	0	0	63,027,000
A. 急重症疾病照護獎勵：	14,556,000	0	0	0	14,556,000
B. 跨院合作執行費獎勵：	22,470,000	0	0	0	22,470,000
C. 自行收治病人獎勵：	26,001,000	0	0	0	26,001,000

暫結金額	65,027,000	0	0	0	65,027,000
未支用金額＝全年預算－暫結金額＝268,000,000－65,027,000＝202,973,000(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)					

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/27

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：38

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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268.0百萬元，本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。
2. 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。
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「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。
4. 收案條件：主動脈剝離及腦中風。
5. 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。
6. 參點值結算方式：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。
7. 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。
8. 醫療費用申復：辦理本計畫年度結算作業後，若有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總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下支應。

=====

(十五)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(115年本項計畫尚未公告)

全年預算=300百萬元

15.1 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=240百萬元

第1季：

預算 = 240,000,000/4 = 60,000,000

已支用點數： 59,999,997 (傳票日期：115/07/31)

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 59,999,997

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 60,000,000 - 59,999,997 = 3

第2季：

預算 = 當季預算+ 前一季未支用金額 = 240,000,000/4 + 3 = 60,000,003

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 60,000,003 - 0 = 60,000,003

第3季：

預算 = 當季預算+ 前一季未支用金額 = 240,000,000/4 + 60,000,003 = 120,000,003

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 120,000,003 - 0 = 120,000,003

第4季：

預算 = 當季預算+ 前一季未支用金額 = 240,000,000/4 + 120,000,003 = 180,000,003

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 180,000,003 - 0 = 180,000,003

15.2 醫院感染管制品質獎勵 全年預算= 60百萬元

第1季已支用點數： 723,061

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： 723,061

暫結金額 = 1元/點x全年已支用點數 = 723,061

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 60,000,000 - 723,061 = 59,276,939

=====

15.9全年(15.1.及15.2)合計:

第1季已支用點數： 60,723,058

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： 60,723,058

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)

= 60,723,058 + 0 + 0 + 0

= 60,723,058

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 300,000,000 - 60,723,058

= 239,276,942

註：1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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300百萬元。

2. 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240百萬元，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60百萬元，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。

3. 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。

=====

(十六)促進醫療服務診療項目支付衡平(115年新增項目)(併入一般服務費用結算)

全年預算=1,891.5百萬元

第1季已支用點數： 444,688,671

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： 444,688,671

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)
 = 444,688,671 + 0 + 0 + 0
 = 444,688,671

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 1,891,500,000 - 444,688,671
 = 1,446,811,329

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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1,891.5百萬元。
2. 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。
3. 如預算不足，依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項下支應。
4. 依據衛生福利部115年3月17日衛部保字第1151260123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，並自中華民國115年4月1日生效，涉本項專款係「第二部西醫」，修正重點說明如下：

(1)第一章基本診療

- A. 第二節住院及急診觀察床診察費：配合強化兒童醫療照護品質，修正通則六，調升兒科專科醫師申報 加護、一般病床住院診察費加成上限支付規範，分列隔離病床住院診察費並調整標號，餘標號依序遞延；併同修正 02006K「一般病床住院診察費(天)」等三項支付規範。
- B. 第四節精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費：修正 04013C「精神科日間住院治療費(日間全天)--未滿六歲」等二項調升支付點數。

(2)第二章特定診療

- A. 第一節檢查：修正28006C「支氣管鏡檢查」調升支付點數。
- B. 第七節手術：
 - (a)修正通則規範：通則六(四)，配合放寬手術規範，增列第十八項「治療性先天殘缺手術(88001-88064)」支付規範，餘標號依序遞延；通則十一(二)，配合新增 69044B 及 75827B 二項診療項目，納入「重大外傷手術加成」，增列前述醫令代碼。
 - (b)修正78612C「隱瞞雙側睪丸固定術」等七項調升支付點數。

=====

(十七)住院護理費用(115年新增項目)

全年預算=4,500.0百萬元

第1季已支用點數：479,144,044

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：479,144,044

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)

= 479,144,044 + 0 + 0 + 0

= 479,144,044

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 4,500,000,000 - 479,144,044

= 4,020,855,956

註：依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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4,500.0百萬元。

(十八)離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)(併入一般服務費用結算)

全年預算=200.0百萬元

第1季已支用點數：47,605,939

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：47,605,939

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)

= 47,605,939 + 0 + 0 + 0

= 47,605,939

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 200,000,000 - 47,605,939

= 152,394,061

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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200.0百萬元。
2. 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。

=====

(十九)全民健康保險術後加速康復推廣計畫ERAS(自專款項目拆分)

全年預算=200.0百萬元

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 = 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 + 0 + 0

= 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額

= 200,000,000 - 0

= 200,000,000

註：

1. 依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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200.0百萬元。
2. 依據本署115年8月4日健保醫字第1150115782號公告修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」，並自115年8月1日生效。
3. 結算方式：
 - (1)當年度預算9成分配於「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG差額補付費」後，另1成分配於「ERAS 執行成效指標獎勵」。
 - (2)前述年度預算之9成扣除主責醫院指導費後按季均分，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。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。如有餘款，併入「ERAS 執行成效指標獎勵費」結算，每點金額不高於1元。

=====

(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+115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%)+ 1,075,600,000

=(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%+ 1,075,600,000

= 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+ 1,075,600,000

= 1,464,302,957

	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. 115年編列之品質保證保留款預算	268,900,000	268,900,000	268,900,000	268,900,000	1,075,600,000
3. 合計	361,854,852	368,562,029	366,455,436	367,430,640	1,464,302,957

※依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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(1,075.6百萬元)，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1,464.3百萬元)。

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、115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				
115年調整前各季				
項目	一般服務醫療給 費用總額分配 至各分區預算合計	115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	142,196,840,057	6,038,377,567	81,529,369,693	60,667,470,364
第2季	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0
合 計	142,196,840,057	6,038,377,567	81,529,369,693	60,667,470,364
註： 115年各季門診透析服務預算(B) = 114年各季門診透析服務×(1+2.209%)。				
115年第1季門診透析服務預算(B) = 5,907,872,660×(1+2.209%) = 6,038,377,567。				
115年第2季門診透析服務預算(B) = 6,334,862,641×(1+2.209%) = 6,474,799,757。				
115年第3季門診透析服務預算(B) = 6,186,139,551×(1+2.209%) = 6,322,791,374。				
115年第4季門診透析服務預算(B) = 6,258,334,367×(1+2.209%) = 6,396,580,973。				

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	115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	115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)
季別				
第1季	144,040,889,430	6,038,377,567	82,543,596,848	61,497,292,582
第2季	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0

合 計 144,040,889,430 6,038,377,567 82,543,596,848 61,497,292,582

註： 115年各季門診透析服務預算(B) =114年各季門診透析服務×(1+2.209%)。

115年第1季門診透析服務預算(B)= 5,907,872,660×(1+2.209%)= 6,038,377,567。

115年第2季門診透析服務預算(B)= 6,334,862,641×(1+2.209%)= 6,474,799,757。

115年第3季門診透析服務預算(B)= 6,186,139,551×(1+2.209%)= 6,322,791,374。

115年第4季門診透析服務預算(B)= 6,258,334,367×(1+2.209%)= 6,396,580,973。

（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	0.37628			
	北區分區	0.15329			
	中區分區	0.17541			
	南區分區	0.13209			
	高屏分區	0.14025			
	東區分區	0.02268			
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35150			
	北區分區	0.16267			
	中區分區	0.17978			
	南區分區	0.13568			
	高屏分區	0.14815			
	東區分區	0.02222			
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 114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。

1.2 115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	57,735,331	57,735,331	57,735,331	57,735,330	230,941,323
高屏分區	180,085	180,085	180,085	180,086	720,341
東區分區	2,629,245	2,629,245	2,629,245	2,629,243	10,516,978
小計(K0)	60,544,661	60,544,661	60,544,661	60,544,659	242,178,642
南區分區(K1)	98,152,111	98,152,111	98,152,111	98,152,111	392,608,444
合計(KD)=(K0+K1)	158,696,772	158,696,772	158,696,772	158,696,770	634,787,086

- 註：1. 115年醫院附設門診部回歸原醫院之預算634,787,086元(=114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. 115年臺北、高屏、東區預算242,178,642元(=114年臺北、高屏、東區預算230,424,679元×(1+115年度一般服務成長率5.101%)，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392,608,444元(=113年南區預算373,553,481元×(1+114年度一般服務成長率5.101%)，按四季均分。

2. 115年風險調整移撥款

2.1 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	40,011,176	40,011,176	40,011,176	40,011,174	160,044,702
北區分區	17,252,677	17,252,677	17,252,677	17,252,678	69,010,709
中區分區	22,271,766	22,271,766	22,271,766	22,271,766	89,087,064
南區分區	18,743,956	18,743,956	18,743,956	18,743,954	74,975,822
高屏分區	25,704,437	25,704,437	25,704,437	25,704,438	102,817,749
東區分區	38,515,988	38,515,988	38,515,988	38,515,990	154,063,954
合計	162,500,000	162,500,000	162,500,000	162,500,000	650,000,000

2.2 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	3,450,000	0	0	156,594,702	160,044,702
北區分區	17,252,677	17,252,677	17,252,677	17,252,678	69,010,709
中區分區	13,594,680	28,575,007	8,138,778	38,778,599	89,087,064
南區分區	0	0	0	74,975,822	74,975,822
高屏分區	0	0	0	102,817,749	102,817,749
東區分區	35,542,559	22,298,463	20,041,986	76,180,946	154,063,954
合計	69,839,916	68,126,147	45,433,441	466,600,496	650,000,000

- 註：1. 依據115年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」115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，先按季均分自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。
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115年6月12日健保北費一字第1151076735號書函辦理，115Q1為3,450,000元，其餘款項(156,594,702元)保留至115年第4季進行結算。
- (2)北區：北區115年度醫院總額風險調整移撥款執行方式為按季均分，Q1為17,252,677元、Q2為17,252,677元、Q3為17,252,677元、Q4為17,252,678元。
- (3)中區：依據本署中區業務組115年3月23日健保中費一字第1158402511號書函辦理，調整115年各季分配金額，Q1為13,594,680元、Q2為28,575,007元、Q3為8,138,778元、Q4為38,778,599元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3508r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/08/27

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁次：50

- =====
- (4)南區：依據本署南區業務組115年3月24日健保南費一字第1158501628號書函辦理，採統一保留至115年第4季結算(74,975,822元)。
- (5)高屏：依據本署高屏業務組115年3月20日健保高費一字第1158602540號書函辦理，採統一保留至115年第4季結算(102,817,749元)。
- (6)東區：依據本署東區業務組115年4月21日健保東費字第1158700620號書函辦理，Q1為35,542,559元、Q2為22,298,463元、Q3為20,041,986元、Q4為76,180,946元。

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_0=KS_1－RS_I)					
臺北分區	1,552,500	0	0	70,467,616	72,020,116
北區分區	7,763,705	7,763,705	7,763,705	7,763,705	31,054,820
中區分區	6,117,606	12,858,753	3,662,450	17,450,370	40,089,179
南區分區	0	0	0	33,739,120	33,739,120
高屏分區	0	0	0	46,267,987	46,267,987
東區分區	15,994,152	10,034,308	9,018,894	34,281,426	69,328,780
合計	31,427,963	30,656,766	20,445,049	209,970,224	292,500,002
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	1,897,500	0	0	86,127,086	88,024,586
北區分區	9,488,972	9,488,972	9,488,972	9,488,973	37,955,889
中區分區	7,477,074	15,716,254	4,476,328	21,328,229	48,997,885
南區分區	0	0	0	41,236,702	41,236,702
高屏分區	0	0	0	56,549,762	56,549,762
東區分區	19,548,407	12,264,155	11,023,092	41,899,520	84,735,174
合計	38,411,953	37,469,381	24,988,392	256,630,272	357,499,998
3. 門住診合計	69,839,916	68,126,147	45,433,441	466,600,496	650,000,000

4. 保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能)					
分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 115年持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_門診					
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
2. 115年持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_住診					
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
3. 門住診合計					
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

5. 保險給付項目及支付標準之改變(健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 115年健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_門診					
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
2. 115年健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_住診					
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
3. 門住診合計					
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

6. 115年總額公告專款導入一般服務之預算(不含0-6歲)

6.1 115年促進醫療服務診療項目支付衡平

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 115年促進醫療服務診療項目支付衡平_門診					
臺北分區	73,289,860	0	0	0	73,289,860
北區分區	37,932,507	0	0	0	37,932,507
中區分區	42,763,143	0	0	0	42,763,143
南區分區	26,692,893	0	0	0	26,692,893
高屏分區	34,562,026	0	0	0	34,562,026
東區分區	7,015,429	0	0	0	7,015,429
合計	222,255,858	0	0	0	222,255,858
2. 115年促進醫療服務診療項目支付衡平_住診					
臺北分區	44,192,704	0	0	0	44,192,704
北區分區	30,803,815	0	0	0	30,803,815
中區分區	51,882,828	0	0	0	51,882,828
南區分區	46,366,717	0	0	0	46,366,717
高屏分區	18,995,041	0	0	0	18,995,041
東區分區	4,486,239	0	0	0	4,486,239
合計	196,727,344	0	0	0	196,727,344
3. 門住診合計					
臺北分區	117,482,564	0	0	0	117,482,564
北區分區	68,736,322	0	0	0	68,736,322
中區分區	94,645,971	0	0	0	94,645,971
南區分區	73,059,610	0	0	0	73,059,610
高屏分區	53,557,067	0	0	0	53,557,067
東區分區	11,501,668	0	0	0	11,501,668
合計	418,983,202	0	0	0	418,983,202

=====					
6.2 115年離島地區加成費用					
分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計

1.115年離島地區加成費用_門診					
臺北分區	5,539,501	0	0	0	5,539,501
高屏分區	6,044,258	0	0	0	6,044,258

合計	11,583,759	0	0	0	11,583,759

2.115年離島地區加成費用_住診					
臺北分區	14,205,646	0	0	0	14,205,646
高屏分區	21,083,383	0	0	0	21,083,383

合計	35,289,029	0	0	0	35,289,029

3.門住診合計					
臺北分區	19,745,147	0	0	0	19,745,147
高屏分區	27,127,641	0	0	0	27,127,641

合計	46,872,788	0	0	0	46,872,788

7. 115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目(不含0-6歲)，併入所屬部門總額一般服務費用結算

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款_門診					
臺北分區	18,757,874	0	0	0	18,757,874
北區分區	8,958,516	0	0	0	8,958,516
中區分區	10,940,387	0	0	0	10,940,387
南區分區	9,845,543	0	0	0	9,845,543
高屏分區	6,449,042	0	0	0	6,449,042
東區分區	1,816,164	0	0	0	1,816,164
合計	56,767,526	0	0	0	56,767,526
2. 115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款_住診					
臺北分區	2,359,484	0	0	0	2,359,484
北區分區	1,421,969	0	0	0	1,421,969
中區分區	3,129,053	0	0	0	3,129,053
南區分區	3,481,675	0	0	0	3,481,675
高屏分區	3,951,614	0	0	0	3,951,614
東區分區	262,308	0	0	0	262,308
合計	14,606,103	0	0	0	14,606,103
3. 門住診合計					
臺北分區	21,117,358	0	0	0	21,117,358
北區分區	10,380,485	0	0	0	10,380,485
中區分區	14,069,440	0	0	0	14,069,440
南區分區	13,327,218	0	0	0	13,327,218
高屏分區	10,400,656	0	0	0	10,400,656
東區分區	2,078,472	0	0	0	2,078,472
合計	71,373,629	0	0	0	71,373,629

(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)× 54%× (R)]+[(D2)× 46%× (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_0)+115年保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療
，優化社區醫院醫療服務品質及量能_門診、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_門診)
+115年總額公告專款導入一般服務之預算(不含0-6歲)(115年促進醫療服務診療項目支付衡平_門診、離島地區加成費用_門診)
+115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目(不含0-6歲)，併入所屬部門總額一般服務費用結算_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	22,983,714,533				22,983,714,533
北區分區	8,582,741,705				8,582,741,705
中區分區	10,788,013,925				10,788,013,925
南區分區	8,454,117,826				8,454,117,826
高屏分區	8,902,453,521				8,902,453,521
東區分區	1,437,160,732				1,437,160,732
小 計	61,148,202,242				61,148,202,242

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 47%× (R)+ (D1)× 53%× (S)]+風險調整移撥款_住診(RS_I)
+115年保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_住診
、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_住診)
+115年總額公告專款導入一般服務之預算(不含0-6歲)(115年促進醫療服務診療項目支付衡平_住診、離島地區加成費用_住診)
+115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目(不含0-6歲)，併入所屬部門總額一般服務費用結算_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	28,368,494,774				28,368,494,774
北區分區	11,640,490,535				11,640,490,535
中區分區	14,837,803,883				14,837,803,883
南區分區	11,898,185,572				11,898,185,572
高屏分區	12,654,096,119				12,654,096,119
東區分區	2,415,333,239				2,415,333,239
小 計	81,814,404,122				81,814,404,122

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

- 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)、2。
- 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 54%× (R)]+ [(D4)× 46%× (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_0)+115年保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_門診、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_門診)
+115年總額公告專款導入一般服務之預算(115年促進醫療服務診療項目支付衡平_門診、離島地區加成費用_門診)
+115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目，併入所屬部門總額一般服務費用結算_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	23,295,944,769				23,295,944,769
北區分區	8,699,390,644				8,699,390,644
中區分區	10,934,756,367				10,934,756,367
南區分區	8,567,912,674				8,567,912,674
高屏分區	9,023,577,028				9,023,577,028
東區分區	1,456,442,978				1,456,442,978
小 計	61,978,024,460				61,978,024,460

- 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 47%× (R)]+ [(D3)× 53%× (S)]
+風險調整移撥款(RS_I)+115年保險給付項目及支付標準之改變(持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能_住診、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能_住診)
+115年總額公告專款導入一般服務之預算(115年促進醫療服務診療項目支付衡平_住診、離島地區加成費用_住診)
+115年其他部門「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目，併入所屬部門總額一般服務費用結算_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	28,720,620,041				28,720,620,041
北區分區	11,784,779,562				11,784,779,562
中區分區	15,021,609,127				15,021,609,127
南區分區	12,045,579,148				12,045,579,148
高屏分區	12,810,965,619				12,810,965,619
東區分區	2,445,077,780				2,445,077,780
小 計	82,828,631,277				82,828,631,277

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	52,016,564,810				52,016,564,810
北區分區	20,484,170,206				20,484,170,206
中區分區	25,956,365,494				25,956,365,494
南區分區	20,613,491,822				20,613,491,822
高屏分區	21,834,542,647				21,834,542,647
東區分區	3,901,520,758				3,901,520,758
小 計	144,806,655,737				144,806,655,737

說明：

1. 為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)所產生之數元誤差,故東區分區地區一般服務預算總額 = 地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)減去前五分區地區一般服務預算總額。
2. 各分區第1-3季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季R、S值。各分區第4季預算：則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。調整後第4季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q4)=調整前全年各分區門診一般服務預算總額(加總BD2)減去調整後第1-3季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q1、BD4_q2、BD4_q3)= 加總BD2－ BD4_q1－ BD4_q2－ BD4_q3；調整後第4季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q4)=調整前全年各分區住診一般服務預算總額(加總BD1)減去調整後第1-3季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q1、BD3_q2、BD3_q3)= 加總BD1－ BD3_q1－ BD3_q2－ BD3_q3。

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	11,984,725,144(BF1)	0.98332324	-----	13,637,587,569	5,229,931
	2-北區分區	1,239,273,801	0.98332324	1,218,606,729	1,492,842,814	
	3-中區分區	598,835,593	0.98332324	588,848,956	707,199,841	
	4-南區分區	327,341,852	0.98332324	321,882,850	455,036,182	
	5-高屏分區	444,029,308	0.98332324	436,624,338	528,372,750	
	6-東區分區	92,596,844	0.98332324	91,052,629	111,729,169	
2-北區分區	7-合計	14,686,802,542(GF1)		2,657,015,502(AF1)	16,932,768,325(BG1)	5,229,931(BJ1)
	1-臺北分區	963,676,748	0.98332324	947,605,742	1,155,561,983	
	2-北區分區	3,650,608,389(BF1)	0.98332324	-----	4,595,642,740	2,391,572
	3-中區分區	371,153,540	0.98332324	364,963,901	434,632,298	
	4-南區分區	140,612,524	0.98332324	138,267,563	180,870,487	
	5-高屏分區	112,713,166	0.98332324	110,833,476	135,317,153	
	6-東區分區	24,644,110	0.98332324	24,233,126	30,170,878	
3-中區分區	7-合計	5,263,408,477(GF1)		1,585,903,808(AF1)	6,532,195,539(BG1)	2,391,572(BJ1)
	1-臺北分區	266,139,810	0.98332324	261,701,460	309,415,638	
	2-北區分區	116,184,507	0.98332324	114,246,926	158,882,410	
	3-中區分區	6,021,811,327(BF1)	0.98332324	-----	7,496,464,797	2,117,179
	4-南區分區	158,229,950	0.98332324	155,591,187	232,280,965	
	5-高屏分區	89,978,710	0.98332324	88,478,157	111,979,715	
	6-東區分區	15,414,381	0.98332324	15,157,319	17,524,461	
	7-合計	6,667,758,685(GF1)		635,175,049(AF1)	8,326,547,986(BG1)	2,117,179(BJ1)

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/27

頁 次： 61

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	246,150,045	0.98332324	242,045,060	317,833,187	
	2-北區分區	86,233,191	0.98332324	84,795,101	107,835,628	
	3-中區分區	250,148,293	0.98332324	245,976,630	324,241,650	
	4-南區分區	3,675,955,370(BF1)	0.98332324	-----	5,517,311,942	1,774,696
	5-高屏分區	227,899,984	0.98332324	224,099,351	282,521,288	
	6-東區分區	11,814,833	0.98332324	11,617,800	15,026,791	
5-高屏分區	7-合計	4,498,201,716(GF1)		808,533,942(AF1)	6,564,770,486(BG1)	1,774,696(BJ1)
	1-臺北分區	153,793,244	0.98332324	151,228,471	179,174,167	
	2-北區分區	55,313,490	0.98332324	54,391,040	63,148,827	
	3-中區分區	100,687,320	0.98332324	99,008,182	123,804,142	
	4-南區分區	227,586,694	0.98332324	223,791,285	315,121,326	
	5-高屏分區	4,675,209,927(BF1)	0.98332324	-----	5,817,293,040	1,347,492
	6-東區分區	18,459,308	0.98332324	18,151,467	22,787,391	
6-東區分區	7-合計	5,231,049,983(GF1)		546,570,445(AF1)	6,521,328,893(BG1)	1,347,492(BJ1)
	1-臺北分區	70,534,691	0.98332324	69,358,401	86,056,305	
	2-北區分區	25,425,355	0.98332324	25,001,342	30,970,781	
	3-中區分區	18,963,940	0.98332324	18,647,683	24,681,239	
	4-南區分區	9,715,701	0.98332324	9,553,675	14,646,252	
	5-高屏分區	28,883,670	0.98332324	28,401,984	39,401,160	
	6-東區分區	715,391,115(BF1)	0.98332324	-----	887,538,193	570,844
7-合計		868,914,472(GF1)		150,963,085(AF1)	1,083,293,930(BG1)	570,844(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	74,767,904(BF2)	0.97010188	72,532,484	70,221,509
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	182,322(BF2)	0.98659981	179,879	186,668
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	571,989(BF2)	1.01679913	581,598	451,344
	6-東區分區	6,435,008(BF2)	1.03001345	6,628,145	5,161,365
2-北區分區	7-合計	81,957,223(GF2)		79,922,106(AF2)	76,020,886(BG2)
	1-臺北分區	1,414,316(BF2)	0.97010188	1,372,031	1,412,269
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	56,557(BF2)	0.98659981	55,799	79,479
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	114,361(BF2)	1.01679913	116,282	133,710
	6-東區分區	1,999,741(BF2)	1.03001345	2,059,760	1,982,646
3-中區分區	7-合計	3,584,975(GF2)		3,603,872(AF2)	3,608,104(BG2)
	1-臺北分區	697,096(BF2)	0.97010188	676,254	1,099,464
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	2,429,483(BF2)	0.98659981	2,396,927	2,550,672
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	151,850(BF2)	1.01679913	154,401	154,242
	6-東區分區	1,442,167(BF2)	1.03001345	1,485,451	903,031
	7-合計	4,720,596(GF2)		4,713,033(AF2)	4,707,409(BG2)

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/27

頁 次： 63

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數
			平均點值	×前季就醫分區點值	
4-南區分區	1-臺北分區	547,303(BF2)	0.97010188	530,940	793,504
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	69,969(BF2)	0.98659981	69,031	143,107
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	210,799(BF2)	1.01679913	214,340	281,142
	6-東區分區	1,366,647(BF2)	1.03001345	1,407,665	1,183,120
5-高屏分區	7-合計	2,194,718(GF2)		2,221,976(AF2)	2,400,873(BG2)
	1-臺北分區	1,172,987(BF2)	0.97010188	1,137,917	1,462,750
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	32,303(BF2)	0.98659981	31,870	30,689
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	11,050,238(BF2)	1.01679913	11,235,872	15,474,653
	6-東區分區	1,606,552(BF2)	1.03001345	1,654,770	1,385,122
6-東區分區	7-合計	13,862,080(GF2)		14,060,429(AF2)	18,353,214(BG2)
	1-臺北分區	232,928(BF2)	0.97010188	225,964	304,466
	2-北區分區	0(BF2)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	2,585(BF2)	0.98659981	2,550	1,595
	4-南區分區	0(BF2)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	51,229(BF2)	1.01679913	52,090	98,304
	6-東區分區	15,504,529(BF2)	1.03001345	15,969,873	14,271,097
	7-合計	15,791,271(GF2)		16,250,477(AF2)	14,675,462(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,333,596,430(BF3)	0.98332324	-----	6,859,270,210	16,123,551
	2-北區分區	968,923,840	0.98332324	952,765,330	708,441,065	
	3-中區分區	500,620,530	0.98332324	492,271,802	372,077,975	
	4-南區分區	313,587,102	0.98332324	308,357,485	228,605,449	
	5-高屏分區	388,814,556	0.98332324	382,330,389	286,159,938	
	6-東區分區	115,333,450	0.98332324	113,410,062	67,995,891	
2-北區分區	7-合計	12,620,875,908(GF3)		2,249,135,068(AF3)	8,522,550,528(BG3)	16,123,551(BJ3)
	1-臺北分區	930,490,601	0.98332324	914,973,033	642,975,270	
	2-北區分區	3,393,535,444(BF3)	0.98332324	-----	2,427,719,278	6,636,808
	3-中區分區	386,453,774	0.98332324	380,008,977	285,060,295	
	4-南區分區	125,641,300	0.98332324	123,546,010	100,182,745	
	5-高屏分區	99,606,984	0.98332324	97,945,862	73,624,747	
	6-東區分區	34,242,271	0.98332324	33,671,221	19,835,798	
3-中區分區	7-合計	4,969,970,374(GF3)		1,550,145,103(AF3)	3,549,398,133(BG3)	6,636,808(BJ3)
	1-臺北分區	255,549,530	0.98332324	251,287,792	165,049,652	
	2-北區分區	118,444,678	0.98332324	116,469,405	83,571,182	
	3-中區分區	5,979,660,030(BF3)	0.98332324	-----	4,160,107,535	7,209,843
	4-南區分區	159,156,659	0.98332324	156,502,442	117,933,355	
	5-高屏分區	86,795,169	0.98332324	85,347,707	59,698,018	
	6-東區分區	22,540,188	0.98332324	22,164,291	11,494,666	
	7-合計	6,622,146,254(GF3)		631,771,637(AF3)	4,597,854,408(BG3)	7,209,843(BJ3)

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/27

頁 次： 65

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	262,520,643	0.98332324	258,142,649	175,332,660	
	2-北區分區	83,282,747	0.98332324	81,893,861	59,113,164	
	3-中區分區	313,052,217	0.98332324	307,831,520	218,243,496	
	4-南區分區	4,296,405,204(BF3)	0.98332324	-----	3,072,579,489	4,050,701
	5-高屏分區	220,275,952	0.98332324	216,602,463	156,816,875	
	6-東區分區	17,958,176	0.98332324	17,658,692	10,806,487	
5-高屏分區	7-合計	5,193,494,939(GF3)		882,129,185(AF3)	3,692,892,171(BG3)	4,050,701(BJ3)
	1-臺北分區	161,698,625	0.98332324	159,002,016	106,982,598	
	2-北區分區	55,640,490	0.98332324	54,712,587	39,117,464	
	3-中區分區	115,760,743	0.98332324	113,830,229	80,039,532	
	4-南區分區	263,721,860	0.98332324	259,323,834	179,685,539	
	5-高屏分區	5,165,381,348(BF3)	0.98332324	-----	3,446,951,994	3,107,494
	6-東區分區	25,323,787	0.98332324	24,901,468	13,793,497	
6-東區分區	7-合計	5,787,526,853(GF3)		611,770,134(AF3)	3,866,570,624(BG3)	3,107,494(BJ3)
	1-臺北分區	89,221,833	0.98332324	87,733,902	62,467,520	
	2-北區分區	26,824,913	0.98332324	26,377,560	21,442,062	
	3-中區分區	20,103,635	0.98332324	19,768,372	15,712,493	
	4-南區分區	11,930,378	0.98332324	11,731,418	10,315,984	
	5-高屏分區	44,456,549	0.98332324	43,715,158	30,986,065	
	6-東區分區	810,942,194(BF3)	0.98332324	-----	541,203,322	1,454,485
	7-合計	1,003,479,502(GF3)		189,326,410(AF3)	682,127,446(BG3)	1,454,485(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	99,510,244(BF4)	0.97010188	96,535,075	67,387,536
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	46,378(BF4)	0.98659981	45,757	9,606
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	1,256,721(BF4)	1.01679913	1,277,833	910,129
	6-東區分區	15,215,781(BF4)	1.03001345	15,672,459	3,693,926
2-北區分區	7-合計	116,029,124(GF4)		113,531,124(AF4)	72,001,197(BG4)
	1-臺北分區	1,880,435(BF4)	0.97010188	1,824,214	1,220,785
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	69,878(BF4)	0.98659981	68,942	15,652
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	331,404(BF4)	1.01679913	336,971	134,480
	6-東區分區	9,488,950(BF4)	1.03001345	9,773,746	1,628,821
3-中區分區	7-合計	11,770,667(GF4)		12,003,873(AF4)	2,999,738(BG4)
	1-臺北分區	633,466(BF4)	0.97010188	614,527	547,368
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	770,679(BF4)	0.98659981	760,352	205,799
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	299,077(BF4)	1.01679913	304,101	321,403
	6-東區分區	6,320,161(BF4)	1.03001345	6,509,851	1,296,258
	7-合計	8,023,383(GF4)		8,188,831(AF4)	2,370,828(BG4)

程式代號：rgbi3508r04

115年第 1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

列印日期：115/08/27

頁次：67

	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	793,307(BF4)	0.97010188	769,589	413,981
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	31,147(BF4)	0.98659981	30,730	2,992
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	1,967,640(BF4)	1.01679913	2,000,695	1,297,583
	6-東區分區	9,270,927(BF4)	1.03001345	9,549,180	1,574,031
5-高屏分區	7-合計	12,063,021(GF4)		12,350,194(AF4)	3,288,587(BG4)
	1-臺北分區	1,544,526(BF4)	0.97010188	1,498,348	1,448,578
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	1,669(BF4)	0.98659981	1,647	445
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	52,419,792(BF4)	1.01679913	53,300,399	34,156,882
	6-東區分區	8,213,498(BF4)	1.03001345	8,460,013	1,194,385
6-東區分區	7-合計	62,179,485(GF4)		63,260,407(AF4)	36,800,290(BG4)
	1-臺北分區	496,040(BF4)	0.97010188	481,209	237,368
	2-北區分區	0(BF4)	0.99406263	0	0
	3-中區分區	315(BF4)	0.98659981	311	81
	4-南區分區	0(BF4)	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	374,836(BF4)	1.01679913	381,133	216,091
	6-東區分區	42,662,929(BF4)	1.03001345	43,943,391	18,978,916
	7-合計	43,534,120(GF4)		44,806,044(AF4)	19,432,456(BG4)

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額(不含0-6歲) =

[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(前季全區浮動點值 × 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(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(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數(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 = [23,295,944,769 + 28,720,620,041 - 4,906,150,570 - (25,455,318,853 - 0) - 193,453,230 - 148,022,083 - 21,353,482] / 22,318,321,574 = 0.95402634

北區分區 = [8,699,390,644 + 11,784,779,562 - 3,136,048,911 - (10,081,593,672 - 0) - 15,607,745 - 6,607,842 - 9,028,380] / 7,044,143,833 = 1.02713457

中區分區 = [10,934,756,367 + 15,021,609,127 - 1,266,946,686 - (12,924,402,394 - 0) - 12,901,864 - 7,078,237 - 9,327,022] / 12,001,471,357 = 0.97785588

南區分區 = [8,567,912,674 + 12,045,579,148 - 1,690,663,127 - (10,257,662,657 - 0) - 14,572,170 - 5,689,460 - 5,825,397] / 7,972,360,574 = 1.08362874

高屏分區 = [9,023,577,028 + 12,810,965,619 - 1,158,340,579 - (10,387,899,517 - 0) - 77,320,836 - 55,153,504 - 4,454,986] / 9,840,591,275 = 1.03158163

東區分區 = [1,456,442,978 + 2,445,077,780 - 340,289,495 - (1,765,421,376 - 0) - 61,056,521 - 34,107,918 - 2,025,329] / 1,526,333,309 = 1.11287627

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額(不含0-6歲) = [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)

= [61,978,024,460 + 82,828,631,277 - (71,128,957,513 - 0) - 52,014,596] / 73,789,340,368

= 0.99778211

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(不含0-6歲)=[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	= [23,295,944,769 + 28,720,620,041] / [27,505,664,797 + 25,603,340,936 - 0 + 21,353,482]	= 0.97903657
北區分區	= [8,699,390,644 + 11,784,779,562] / [10,248,734,493 + 10,088,201,514 - 0 + 9,028,380]	= 1.00679279
中區分區	= [10,934,756,367 + 15,021,609,127] / [13,302,648,918 + 12,931,480,631 - 0 + 9,327,022]	= 0.98906047
南區分區	= [8,567,912,674 + 12,045,579,148] / [9,705,954,394 + 10,263,352,117 - 0 + 5,825,397]	= 1.03195773
高屏分區	= [9,023,577,028 + 12,810,965,619] / [11,094,618,401 + 10,443,053,021 - 0 + 4,454,986]	= 1.01357416
東區分區	= [1,456,442,978 + 2,445,077,780] / [1,931,719,365 + 1,799,529,294 - 0 + 2,025,329]	= 1.04506682

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值(不含0-6歲)
 = [61,978,024,460 + 82,828,631,277] / [73,789,340,368 + 71,128,957,513 - 0 + 52,014,596] = 0.99887110

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)(不含0-6歲)
 = 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	= [23,295,944,769 + 28,720,620,041 + 3,090,347,624] / [27,505,664,797 + 25,603,340,936 - 0 + 21,353,482 + 2,933,686,423]	= 0.98292786
北區分區	= [8,699,390,644 + 11,784,779,562 + 1,054,743,555] / [10,248,734,493 + 10,088,201,514 - 0 + 9,028,380 + 976,548,201]	= 1.01014895
中區分區	= [10,934,756,367 + 15,021,609,127 + 1,728,437,687] / [13,302,648,918 + 12,931,480,631 - 0 + 9,327,022 + 1,595,239,322]	= 0.99447199
南區分區	= [8,567,912,674 + 12,045,579,148 + 914,919,700] / [9,705,954,394 + 10,263,352,117 - 0 + 5,825,397 + 827,551,438]	= 1.03488628
高屏分區	= [9,023,577,028 + 12,810,965,619 + 1,243,688,186] / [11,094,618,401 + 10,443,053,021 - 0 + 4,454,986 + 1,140,990,573]	= 1.01741885
東區分區	= [1,456,442,978 + 2,445,077,780 + 186,130,087] / [1,931,719,365 + 1,799,529,294 - 0 + 2,025,329 + 153,051,518]	= 1.05180352
全區	= [61,978,024,460 + 82,828,631,277 + 8,218,266,838] / [73,789,340,368 + 71,128,957,513 - 0 + 52,014,596 + 7,627,067,475]	= 1.00280177

註：

- 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
 ＋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＋住院護理費用暫結金額＋術後加速康復推廣計畫ERAS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+115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+115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。
 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115年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、0-6歲兒童醫療服務量能支出金額(以不含0-6歲一般服務點值不低於1元支付)

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/當季 分區浮動點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數x 前季全區/當季分區 浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	287,619,081	1.00000000	287,619,081	68,174,160	367,066
	2-北區分區	49,903,710	1.00000000	49,903,710	18,087,197	
	3-中區分區	25,766,665	1.00000000	25,766,665	6,863,238	
	4-南區分區	11,924,791	1.00000000	11,924,791	5,361,602	
	5-高屏分區	17,898,235	1.00000000	17,898,235	5,700,481	
	6-東區分區	2,748,091	1.00000000	2,748,091	716,083	
2-北區分區	7-合計	395,860,573(TF1)		395,860,573(TA1)	104,902,761(TG1)	367,066(TJ1)
	1-臺北分區	20,391,589	1.00000000	20,391,589	6,410,576	
	2-北區分區	161,755,244	1.02713457	166,144,403	59,063,099	137,140
	3-中區分區	13,528,103	1.00000000	13,528,103	3,579,227	
	4-南區分區	7,393,767	1.00000000	7,393,767	3,093,264	
	5-高屏分區	5,096,980	1.00000000	5,096,980	1,538,055	
	6-東區分區	620,283	1.00000000	620,283	193,871	
3-中區分區	7-合計	208,785,966(TF1)		213,175,125(TA1)	73,878,092(TG1)	137,140(TJ1)
	1-臺北分區	5,999,609	1.00000000	5,999,609	1,443,144	
	2-北區分區	5,360,648	1.00000000	5,360,648	2,155,165	
	3-中區分區	223,774,295	1.00000000	223,774,295	61,170,852	171,190
	4-南區分區	5,138,087	1.00000000	5,138,087	2,846,319	
	5-高屏分區	3,435,741	1.00000000	3,435,741	1,168,257	
	6-東區分區	603,694	1.00000000	603,694	156,066	
7-合計		244,312,074(TF1)		244,312,074(TA1)	68,939,803(TG1)	171,190(TJ1)

※跨區採前季全區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區/當季 分區浮動點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數× 前季全區/當季分區 浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	3,607,186	1.00000000	3,607,186	817,268	
	2-北區分區	3,003,118	1.00000000	3,003,118	1,063,613	
	3-中區分區	8,920,700	1.00000000	8,920,700	2,872,710	
	4-南區分區	103,622,633	1.08362874	112,288,463	41,890,237	165,018
	5-高屏分區	6,737,981	1.00000000	6,737,981	2,642,124	
	6-東區分區	273,094	1.00000000	273,094	88,680	
5-高屏分區	7-合計	126,164,712(TF1)		134,830,542(TA1)	49,374,632(TG1)	165,018(TJ1)
	1-臺北分區	2,980,816	1.00000000	2,980,816	711,103	
	2-北區分區	2,318,105	1.00000000	2,318,105	778,860	
	3-中區分區	3,905,066	1.00000000	3,905,066	1,298,012	
	4-南區分區	5,880,357	1.00000000	5,880,357	2,312,807	
	5-高屏分區	153,000,097	1.03158163	157,832,089	52,682,431	136,319
6-東區分區	6-東區分區	487,819	1.00000000	487,819	224,947	
	7-合計	168,572,260(TF1)		173,404,252(TA1)	58,008,160(TG1)	136,319(TJ1)
	1-臺北分區	1,306,135	1.00000000	1,306,135	444,723	
	2-北區分區	553,754	1.00000000	553,754	293,718	
	3-中區分區	495,597	1.00000000	495,597	191,648	
	4-南區分區	212,754	1.00000000	212,754	125,654	
	5-高屏分區	753,790	1.00000000	753,790	437,140	
	6-東區分區	20,488,565	1.11287627	22,801,238	5,506,757	28,348
	7-合計	23,810,595(TF1)		26,123,268(TA1)	6,999,640(TG1)	28,348(TJ1)

※跨區採前季全區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

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 (每點金額不低於1元)	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	1,440,050	1.00000000	1,440,050	2,492,405
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	372	1.00000000	372	779
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	25,469	1.01679913	25,897	1,865
	6-東區分區	1,105	1.03001345	1,138	667
2-北區分區	7-合計	1,466,996(TF2)		1,467,457(TA2)	2,495,716(TG2)
	1-臺北分區	18,549	1.00000000	18,549	46,403
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	876	1.00000000	876	126
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	35,780	1.01679913	36,381	405
	6-東區分區	1,762	1.03001345	1,815	0
3-中區分區	7-合計	56,967(TF2)		57,621(TA2)	46,934(TG2)
	1-臺北分區	26,973	1.00000000	26,973	54,729
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	16,866	1.00000000	16,866	25,429
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	2,828	1.01679913	2,876	205
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
	7-合計	46,667(TF2)		46,715(TA2)	80,363(TG2)

		前季就醫分區 平均點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
就醫分區	核定浮動點數			
4-南區分區	1-臺北分區	24,992	1.00000000	24,992
	2-北區分區	0	1.00000000	0
	3-中區分區	2,284	1.00000000	2,284
	4-南區分區	0	1.01449596	0
	5-高屏分區	33,594	1.01679913	34,158
	6-東區分區	0	1.03001345	0
5-高屏分區	7-合計	60,870(TF2)	61,434(TA2)	29,416(TG2)
	1-臺北分區	16,049	1.00000000	16,049
	2-北區分區	0	1.00000000	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0
	5-高屏分區	1,524,849	1.01679913	1,550,465
	6-東區分區	0	1.03001345	0
6-東區分區	7-合計	1,540,898(TF2)	1,566,514(TA2)	37,986(TG2)
	1-臺北分區	0	1.00000000	0
	2-北區分區	0	1.00000000	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0
	6-東區分區	97,306	1.03001345	100,226
7-合計		97,306(TF2)	100,226(TA2)	9,869(TG2)

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/當季 分區浮動點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數× 前季全區/當季分區 浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	202,100,500	1.00000000	202,100,500	173,449,363	843,554
	2-北區分區	30,487,823	1.00000000	30,487,823	24,791,539	
	3-中區分區	17,976,380	1.00000000	17,976,380	16,837,468	
	4-南區分區	7,815,732	1.00000000	7,815,732	3,996,810	
	5-高屏分區	13,715,498	1.00000000	13,715,498	9,548,622	
	6-東區分區	2,587,213	1.00000000	2,587,213	2,897,979	
2-北區分區	7-合計	274,683,146(TF3)		274,683,146(TA3)	231,521,781(TG3)	843,554(TJ3)
	1-臺北分區	27,862,214	1.00000000	27,862,214	28,859,463	358,060
	2-北區分區	94,834,471	1.02713457	97,407,764	58,802,348	
	3-中區分區	11,578,657	1.00000000	11,578,657	8,542,188	
	4-南區分區	6,033,750	1.00000000	6,033,750	2,449,282	
	5-高屏分區	3,573,403	1.00000000	3,573,403	3,235,530	
	6-東區分區	373,627	1.00000000	373,627	44,236	
3-中區分區	7-合計	144,256,122(TF3)		146,829,415(TA3)	101,933,047(TG3)	358,060(TJ3)
	1-臺北分區	5,702,709	1.00000000	5,702,709	5,232,397	356,869
	2-北區分區	2,249,750	1.00000000	2,249,750	1,600,604	
	3-中區分區	164,415,058	1.00000000	164,415,058	121,248,780	
	4-南區分區	2,049,828	1.00000000	2,049,828	1,899,391	
	5-高屏分區	2,438,697	1.00000000	2,438,697	1,994,310	
	6-東區分區	544,756	1.00000000	544,756	1,383,581	
	7-合計	177,400,798(TF3)		177,400,798(TA3)	133,359,063(TG3)	356,869(TJ3)

※跨區採前季全區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區/當季 分區浮動點值 (每點金額不低於1元)	核定浮動點數× 前季全區/當季分區 浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	6,129,314	1.00000000	6,129,314	9,636,651	
	2-北區分區	2,202,427	1.00000000	2,202,427	913,094	
	3-中區分區	8,179,397	1.00000000	8,179,397	7,120,547	
	4-南區分區	68,287,607	1.08362874	73,998,414	54,555,632	159,355
	5-高屏分區	6,658,932	1.00000000	6,658,932	5,252,384	
	6-東區分區	85,147	1.00000000	85,147	8,268	
5-高屏分區	7-合計	91,542,824(TF3)		97,253,631(TA3)	77,486,576(TG3)	159,355(TJ3)
	1-臺北分區	4,812,461	1.00000000	4,812,461	5,290,668	
	2-北區分區	2,212,680	1.00000000	2,212,680	2,301,724	
	3-中區分區	3,126,380	1.00000000	3,126,380	1,732,859	
	4-南區分區	4,557,452	1.00000000	4,557,452	4,044,302	
	5-高屏分區	115,841,925	1.03158163	119,500,402	75,645,745	209,000
6-東區分區	6-東區分區	326,403	1.00000000	326,403	79,616	
	7-合計	130,877,301(TF3)		134,535,778(TA3)	89,094,914(TG3)	209,000(TJ3)
	1-臺北分區	3,183,407	1.00000000	3,183,407	1,778,143	
	2-北區分區	585,010	1.00000000	585,010	267,560	
	3-中區分區	217,105	1.00000000	217,105	31,884	
	4-南區分區	102,349	1.00000000	102,349	56,456	
	5-高屏分區	1,252,902	1.00000000	1,252,902	1,195,042	
	6-東區分區	14,853,266	1.11287627	16,529,847	5,861,877	0
	7-合計	20,194,039(TF3)		21,870,620(TA3)	9,190,962(TG3)	0(TJ3)

※跨區採前季全區浮動點值計算；同區案件則按當季分區浮動點值計算，前開兩項點值均以不低於每點1元為原則。

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 (每點金額不低於1元)	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	894,526	1.00000000	894,526	415,082
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
2-北區分區	7-合計	894,526(TF4)		894,526(TA4)	415,082(TG4)
	1-臺北分區	3,291	1.00000000	3,291	5,293
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
3-中區分區	7-合計	3,291(TF4)		3,291(TA4)	5,293(TG4)
	1-臺北分區	855	1.00000000	855	4,589
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
7-合計		855(TF4)		855(TA4)	4,589(TG4)

就醫分區		核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值 (每點金額不低於1元)	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	0	1.00000000	0	0
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
5-高屏分區	7-合計	0(TF4)		0(TA4)	0(TG4)
	1-臺北分區	0	1.00000000	0	0
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
6-東區分區	7-合計	0(TF4)		0(TA4)	0(TG4)
	1-臺北分區	0	1.00000000	0	0
	2-北區分區	0	1.00000000	0	0
	3-中區分區	0	1.00000000	0	0
	4-南區分區	0	1.01449596	0	0
	5-高屏分區	0	1.01679913	0	0
	6-東區分區	0	1.03001345	0	0
7-合計		0(TF4)		0(TA4)	0(TG4)

5. 全年預算

5.1 西醫基層

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	西醫基層合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障					12,350,000,000
(2)0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變					31,000
(3)強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額	22,643,252				22,643,252
(4)基層總額轉診型態調整費用	1,878,407				1,878,407
(5)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」	0				0
(6)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	178,961				178,961
合計	24,700,620				12,374,731,620

5.2 醫院部門

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	醫院合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障.					12,550,000,000
(2)0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變					121,694,074
(3)離島地區加成費用	733,151				733,151
(4)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」	25,705,469				25,705,469
(5)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	5,091,214				5,091,214
合計	31,529,834				12,703,223,908

5.9合併預算					
項目	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
(1)0-6歲兒童醫療量能保障					24,900,000,000
(2)0-6歲新醫療科技新藥、藥品給付規定改變					121,725,074
(3)強化基層照護能力及「開放表別」實際影響金額	22,643,252				22,643,252
(4)基層總額轉診型態調整費用	1,878,407				1,878,407
(5)離島地區加成費用	733,151				733,151
(6)專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」	25,705,469				25,705,469
(7)其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」	5,270,175				5,270,175
合計	56,230,454				25,077,955,528

6. 已支用點數＝加總門住診一般服務浮動核定點數(TF1+TF2+TF3+TF4)
 +[加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)－藥品給付協議]
 +加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)

分區	西醫基層	醫院	合計
(1) 臺北分區			
加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
+加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	850,247,240	1,013,451,201	1,863,698,441
(2) 北區分區			
加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
+加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	482,731,888	529,460,912	1,012,192,800
(3) 中區分區			
加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
+加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	488,249,544	624,672,271	1,112,921,815
(4) 南區分區			
加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
+加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	268,003,299	344,983,403	612,986,702

=====

(5) 高屏分區

加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
+加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	268,573,798	448,476,838	717,050,636

(6) 東區分區

加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
+加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	29,737,574	60,330,759	90,068,333

(7) 全區

加總門住診一般服務核定浮動點數(TF1+TF2+TF3+TF4)			
+ [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4))			
－藥品給付協議]			
+加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)			
＝合計	2,387,543,343	3,021,375,384	5,408,918,727

7. 已支用金額=[加總【(前季全區浮動點值×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)+(當季投保分區浮動點值×門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3)
+加總(前季就醫分區平均點值×門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4)
+1元/點×[加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)－藥品給付協議]
+1元/點×[加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)]

分區	西醫基層	醫院	合計
(1) 臺北分區			
[加總【(前季全區浮動點值 × 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) +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3) +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4) +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4) －藥品給付協議] +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)] =合計			
	850,247,240	1,013,451,662	1,863,698,902
(2) 北區分區			
[加總【(前季全區浮動點值 × 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) +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3) +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4) +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4) －藥品給付協議] +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)] =合計			
	482,957,518	536,424,018	1,019,381,536
(3) 中區分區			
[加總【(前季全區浮動點值 × 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) +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3) +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4) +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4) －藥品給付協議] +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)] =合計			
	514,469,821	624,672,319	1,139,142,140
(4) 南區分區			
[加總【(前季全區浮動點值 × 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) +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3) +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4) +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4) －藥品給付協議] +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)] =合計			
	281,684,843	359,360,604	641,045,447

(5) 高屏分區

[加總【(前季全區浮動點值 × 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)
 +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3)
 +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4)
 +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)
 -藥品給付協議]
 +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)]
 =合計

268,985,830	456,992,923	725,978,753
-------------	-------------	-------------

(6) 東區分區

[加總【(前季全區浮動點值 × 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)
 +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3)
 +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4)
 +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)
 -藥品給付協議]
 +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)]
 =合計

32,378,334	64,322,933	96,701,267
------------	------------	------------

(7) 全區

[加總【(前季全區浮動點值 × 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)
 +(當季投保分區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區且於該區就醫核定浮動點數)】](TA1+TA3)
 +加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區就醫浮動核定點數)(TA2+TA4)
 +1元/點 × [加總門住診核定非浮動點數(TG1+TG2+TG3+TG4)
 -藥品給付協議]
 +1元/點 × [加總門住診自墊核退(TJ1+TJ3)]
 =合計

2,430,723,586	3,055,224,459	5,485,948,045
---------------	---------------	---------------

8. 未支用金額 =合併預算 - (第1季已支用金額 + 第2季已支用金額 + 第3季已支用金額 + 第4季已支用金額)
 = 25,077,955,528 - (5,485,948,045 + 0 + 0 + 0)
 = 25,077,955,528 - 5,485,948,045
 = 19,592,007,483

八、說明

1. 本季結算費用年月包括:

費用年月114/12(含)以前:於115/04/01~115/06/30期間核付者。

費用年月115/01~115/03:於115/01/01~115/06/30期間核付者。

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