

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 111年調整後第 2 季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$= 111\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_q2)$$
$$= 497,020,145,667 \times 24.609005\%$$
$$= 122,311,712,498 \text{ (D)}$$

註：

1. 依據110年12月8日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第3次會議決定，111年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.927003%、第2季24.609005%、第3季25.611838%、第4季25.852154%。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. 111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、111年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、111年地區醫院推動分級醫療、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)及風險調整移撥款]為497,020,145,667元。
 - (1) 111年第1季調整後預算 $118,922,025,164 = 497,020,145,667 \times 23.927003\% (h_q1)$ 。
 - (2) 111年第2季調整後預算 $122,311,712,498 = 497,020,145,667 \times 24.609005\% (h_q2)$ 。
 - (3) 111年第3季調整後預算 $127,295,994,536 = 497,020,145,667 \times 25.611838\% (h_q3)$ 。
 - (4) 111年第4季調整後預算 $= 111\text{年全年預算數} - 111\text{年第1季調整後預算} - 111\text{年第2季調整後預算} - 111\text{年第3季調整後預算} = 128,490,413,469$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：2

(二) 111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	109年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	108年各季校正 投保人口預估 成長率差值	109年違反 特管辦法之 扣款(註1)	110年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	109年各季校正 投保人口預估 成長率差值	110年違反 特管辦法之扣 款(註2)	111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+5.047%)	(B3)	(B4)	(G) =(G0+B3+B4) ×(1+3.049%)
第1季	111,255,081,889	-131,658,298	8,119,080	116,740,351,630	-93,595,109	3,427,583	120,206,848,217
第2季	119,195,040,253	-180,885,436	8,119,080	125,029,328,061	-194,526,324	3,427,583	128,644,546,932
第3季	116,655,518,217	-208,899,125	8,119,080	122,332,208,808	-226,343,758	3,427,583	125,832,404,965
第4季	117,780,043,539	-170,977,810	8,119,078	123,553,324,124	-461,600,182	3,427,581	126,848,322,693
合 計	464,885,683,898	-692,420,669	32,476,318	487,655,212,623	-976,065,373	13,710,330	501,532,122,807

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	111年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	111年 地區醫院推動 分級醫療(註5)	111年區域級 (含)以上醫院 提升重症照護 費用(註5)	111年風險 調整移 撥款(註6)	111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)	(I)	(J)	(H)	(G1) = (G)-(E)-(F) -(I)-(J)-(H)
第1季	92,954,852	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	119,083,074,819
第2季	99,662,029	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	127,514,066,357
第3季	97,555,436	130,818,546	250,000,000	500,000,000	150,000,000	124,704,030,983
第4季	98,530,640	130,818,545	250,000,000	500,000,000	150,000,000	125,718,973,508
合 計	388,702,957	523,274,183	1,000,000,000	2,000,000,000	600,000,000	497,020,145,667

註：

1. 110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+109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+5.047%)。

(1)依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後109年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(2)109年違反特管辦法之扣款(B2) 32,476,318元，採四季均分。

2. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 110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)) $\times$ (1+3.049%)。
- (1)一般服務成長率為3.049%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率1.127%。
- (2)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後110年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
- (3)110年違反特管辦法之扣款(B4) 13,710,330元，採四季均分。
- (4)依據110年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，110年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。110年新特材未於時程內導入之預算62,591,055元，於110年第4季一般服務扣減62,591,055元；另依本署醫審及藥材組111年3月9日第111AE05217號請辦單，111年基期不扣減，用以收載或調整新功能特材品項。
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) $\times$ 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 111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)：523,274,183。
- (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)111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算523,274,183元(=110年預算507,791,617元 $\times$ (1+3.049%)，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)111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元(=110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元 $\times$ (1+3.049%))，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323,639,008元(=110年南區預算314,063,221元 $\times$ (1+3.049%))。
5. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變－111年地區醫院推動分級醫療 (I)：1,000,000,000元、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用 (J)：2,000,000,000元。
- (1)依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告111年度各部門總額，醫院總額協商因素之其他醫療服務利用及密集度之改變「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%，預算10億元；「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」：用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%，預算20億元。
- (2)有關「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」，依醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會議決議，同意優先用於住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值1點1元。預算按四季均分，先從一般服務預算按季扣除，再依其執行項目之就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
- (3)有關「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」，依醫院總額研商議事會議111年第1次臨時會議決議，同意優先用於住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值1點1元、地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元、地區醫院住院護理費點值1點1元。預算按四季均分，先從一般服務預算按季扣除，再依其執行項目之就醫分區108年至110年申報點數平均占率回歸各分區預算，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。
6. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。

=====

(三) 111年第2季門診透析服務預算

= (110年第2季醫院門診透析服務預算—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)× (1+2.015%)

= (5,801,050,331— 1,009,800)× (1+2.015%)

= 5,916,911,348

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，腹膜透析追蹤處置費及APD租金(111年新增項目)，其中由醫院門診透析費用移列4.04百萬元，西醫基層門診透析費用移列0.04百萬元，合計4.08百萬元。

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 210百萬元。

= 210,000,000/4

= 52,500,000(C1)

※111年第2季DRGs尚未導入，預算= 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(五) 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

※腹膜透析追蹤處置費支付標準自111年6月1日生效，111年第2季腹膜透析追蹤處置費及APD租金依修訂支付標準生效當季月份占率導入預算

= 3,750,000 × 1/3

= 1,250,000 (C2)

註：

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

2. 依衛生福利部111年5月20日衛部保字第1110119608號令，腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自111年6月1日生效。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 5

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎藥費 全年預算 = 3,428百萬元(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：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	633,262,380	住診第1季已支用點數：	3,015,379	門住診合計第1季已支用點數：	636,277,759
第2季已支用點數：	602,614,370	第2季已支用點數：	2,721,010	第2季已支用點數：	605,335,380
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：	1,235,876,750	全年已支用點數：	5,736,389	全年已支用點數：	1,241,613,139

3. 合計

門診第1季已支用點數：	633,262,380	住診第1季已支用點數：	3,015,379	門住診合計第1季已支用點數：	636,277,759
第2季已支用點數：	602,614,370	第2季已支用點數：	2,721,010	第2季已支用點數：	605,335,380
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：	1,235,876,750	全年已支用點數：	5,736,389	全年已支用點數：	1,241,613,139

4. 藥品給付協議

門診第1季金額：	128,586,792	住診第1季金額：	599,113	門住診合計第1季金額：	129,185,905
第2季金額：	148,762,335	第2季金額：	664,155	第2季金額：	149,426,490
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：	277,349,127	全年金額：	1,263,268	全年金額：	278,612,395

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,241,613,139

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 3,428,000,000 - (1,241,613,139 - 278,612,395)
= 3,428,000,000 - 963,000,744
= 2,464,999,256

註：

- 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」支應。
- 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：6

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 12,807百萬元(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

門診第1季已支用點數：	1,696,073,898	住診第1季已支用點數：	205,873,178	門住診合計第1季已支用點數：	1,901,947,076
第2季已支用點數：	1,777,766,522	第2季已支用點數：	164,205,156	第2季已支用點數：	1,941,971,678
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：	3,473,840,420	全年已支用點數：	370,078,334	全年已支用點數：	3,843,918,754

1.2 藥品給付協議

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：	20,316,056	第2季金額：	366,921	第2季金額：	20,682,977
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：	20,316,056	全年金額：	366,921	全年金額：	20,682,977

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 3,843,918,754 - 20,682,977 \\
 &= 3,823,235,777
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	905,728,164	住診第1季已支用點數：	56,779,314	門住診合計第1季已支用點數：	962,507,478
第2季已支用點數：	948,133,500	第2季已支用點數：	84,810,683	第2季已支用點數：	1,032,944,183
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：	1,853,861,664	全年已支用點數：	141,589,997	全年已支用點數：	1,995,451,661

2.2 藥品給付協議

門診第1季金額：	8,745,826	住診第1季金額：	248,777	門住診合計第1季金額：	8,994,603
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：	8,745,826	全年金額：	248,777	全年金額：	8,994,603

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 &= 1,995,451,661 - 8,994,603 \\
 &= 1,986,457,058
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：7

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：	420,000	門住診合計第1季已支用點數：	420,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	420,000	全年已支用點數：	420,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 420,000 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	2,601,802,062	住診第1季已支用點數：	263,072,492	門住診合計第1季已支用點數：	2,864,874,554
第2季已支用點數：	2,725,900,022	第2季已支用點數：	249,015,839	第2季已支用點數：	2,974,915,861
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：	5,327,702,084	全年已支用點數：	512,088,331	全年已支用點數：	5,839,790,415

4.2 藥品給付協議

門診第1季金額：	8,745,826	住診第1季金額：	248,777	門住診合計第1季金額：	8,994,603
第2季金額：	20,316,056	第2季金額：	366,921	第2季金額：	20,682,977
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：	29,061,882	全年金額：	615,698	全年金額：	29,677,580

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 5,839,790,415 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 12,807,000,000 - (5,839,790,415 - 29,677,580) \\ &= 12,807,000,000 - 5,810,112,835 \\ &= 6,996,887,165 \end{aligned}$$

註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：8

(三)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 5,257百萬元(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

門診第1季已支用點數：	1,074,839,981	住診第1季已支用點數：	288,560	門住診合計第1季已支用點數：	1,075,128,541
第2季已支用點數：	1,069,583,013	第2季已支用點數：	171,950	第2季已支用點數：	1,069,754,963
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：	2,144,422,994	全年已支用點數：	460,510	全年已支用點數：	2,144,883,504

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：	9,160,420	住診第1季金額：	9,704	門住診合計第1季金額：	9,170,124
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：	9,160,420	全年金額：	9,704	全年金額：	9,170,124

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— (暫結金額	— 全年藥品給付協議)
= 2,144,883,504	= 5,257,000,000	— (2,144,883,504	— 9,170,124)
	= 5,257,000,000	— 2,135,713,380	
	= 3,121,286,620		

註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

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

(四)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 5,208.06百萬元

門診第1季已支用點數：	603,060,653	住診第1季已支用點數：	575,553,238	門住診合計第1季已支用點數：	1,178,613,891
第2季已支用點數：	607,996,472	第2季已支用點數：	622,036,488	第2季已支用點數：	1,230,032,960
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：	1,211,057,125	全年已支用點數：	1,197,589,726	全年已支用點數：	2,408,646,851

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— 暫結金額
= 2,408,646,851	=	2,799,413,149

註：經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：9

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,495.1百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	59,351,635	第2季已支用點數：	59,351,635
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：	59,351,635	全年已支用點數：	59,351,635

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 59,351,635

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	11,603,060	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	11,603,060
第2季已支用點數：	10,517,062	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,517,062
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：	22,120,122	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	22,120,122

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 22,120,122

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：	170,302,020	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	170,302,020
第2季已支用點數：	164,199,170	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	164,199,170
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：	334,501,190	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	334,501,190

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 334,501,190

3.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	14,220,000	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	14,220,000
第2季已支用點數：	16,178,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	16,178,200
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：	30,398,200	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	30,398,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 30,398,200

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 10

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：	184,522,020	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	184,522,020
第2季已支用點數：	180,377,370	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	180,377,370
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：	364,899,390	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	364,899,390

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 364,899,390

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,537,156	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,537,156
第2季已支用點數：	8,951,685	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,951,685
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：	14,488,841	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	14,488,841

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,488,841

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：11

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：	7,885,530	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,885,530
第2季已支用點數：	6,890,930	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,890,930
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：	14,776,460	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,776,460

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,776,460

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：	4,111,200	門住診合計第1季已支用點數：	4,111,200
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	12,250,330	第2季已支用點數：	12,250,330
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：	16,361,530	全年已支用點數：	16,361,530

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,361,530

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	653,000
第2季已支用點數：	564,300
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：	1,217,300

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,217,300

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,779,399	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,779,399
第2季已支用點數：	7,127,240	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,127,240
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：	14,906,639	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,906,639

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,906,639

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：12

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=80百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=56百萬元

第1季：預算= 56,000,000/4= 14,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 14,000,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 14,000,000= 28,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 28,662,040 門住診合計已支用點數： 28,662,040

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 28,662,040未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= -662,040

第2季暫結點值 = 第2季預算/第2季已支用點數 = 28,000,000/ 28,662,040 = 0.97690185

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 0= 14,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 14,000,000

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 56,000,000/4+ 14,000,000= 28,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 28,000,000

全年合計：

全年預算 = 56,000,000

已支用點數： 28,662,040

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+ 28,000,000+ 0+ 0= 28,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 56,000,000 - 28,000,000 = 28,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 13

9.2門診臨床藥事照護費 全年預算=24百萬元

第1季：預算= 24,000,000/4= 6,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 6,000,000

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 6,000,000= 12,000,000

門診已支用點數： 425,550 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 425,550

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 425,550

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 11,574,450

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 11,574,450= 17,574,450

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
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 17,574,450

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 24,000,000/4+ 17,574,450= 23,574,450

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
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 23,574,450

全年合計：

全年預算 = 24,000,000

已支用點數： 425,550

暫結金額 = 第1~4季暫結金額

= 0 + 425,550 + 0 + 0 = 425,550

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 24,000,000 - 425,550 = 23,574,450

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：14

9. 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：	425,550	第2季已支用點數：	28,662,040	第2季已支用點數：	29,087,590
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：	425,550	全年已支用點數：	28,662,040	全年已支用點數：	29,087,590

暫結金額 = 28,425,550
 未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
 = 80,000,000 — 28,425,550
 = 51,574,450

註：依據110年2月4日健保醫字第1100001310號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」暨111年11月23日醫院總額研商議事會議111年第4次會議決議，本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

10. 合計

門診第1季已支用點數：	217,980,165	住診第1季已支用點數：	4,111,200	門住診合計第1季已支用點數：	222,091,365
第2季已支用點數：	214,854,137	第2季已支用點數：	100,264,005	第2季已支用點數：	315,118,142
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：	432,834,302	全年已支用點數：	104,375,205	全年已支用點數：	537,209,507

門診第1季暫結金額：	217,980,165	住診第1季暫結金額：	4,111,200	門住診合計第1季暫結金額：	222,091,365
第2季暫結金額：	214,854,137	第2季暫結金額：	99,601,965	第2季暫結金額：	314,456,102
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：	432,834,302	全年暫結金額：	103,713,165	全年暫結金額：	536,547,467

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)
 = 222,091,365 + 314,456,102 + 0 + 0
 = 536,547,467
 未支用金額 = 全年預算 — 暫結金額
 = 1,495,100,000 — 536,547,467
 = 958,552,533

(六)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算＝100百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季:

$$\text{預算} = 100,000,000/4 = 25,000,000$$

(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 6,644,446(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 6,961,857(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 8,642,300(J3)

(4)合計:

已支用點數 22,248,603(J9)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 22,248,603$$

$$\text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = 2,751,397$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 100,000,000/4 + 2,751,397 = 27,751,397$$

(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 7,519,890(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 7,592,878(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 9,619,000(K3)

(4)合計:

已支用點數 24,731,768(K9)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 24,731,768$$

$$\text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = 3,019,629$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 100,000,000/4 + 3,019,629 = 28,019,629$$

(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)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = 28,019,629$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：16

=====

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 100,000,000/4 + 28,019,629 = 53,019,629$$

(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)
--------	-------	-------

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \quad \text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = 53,019,629$$

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	14,164,336(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	14,554,735(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	18,261,300(N3)
---------------------------------	-------	----------------

(4)合計:	已支用點數	46,980,371(N9)
--------	-------	----------------

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 46,980,371$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 100,000,000 - 46,980,371 = 53,019,629$$

註：依據「111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。

=====

(七)急診品質提升方案 全年預算＝ 300百萬元

第1季：

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：	7,576,000	7,576,000	0
(2)轉診品質獎勵：	7,469,500	7,469,500	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：	15,045,500	15,045,500	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：	8,517,000	8,517,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,187,711	1,187,711	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：	9,704,711	9,704,711	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：	16,093,000	16,093,000	0
(2)轉診品質獎勵：	8,657,211	8,657,211	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：	24,750,211	24,750,211	0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 24,750,211

=====

第2季：

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：	6,794,000	6,794,000	0
(2)轉診品質獎勵：	6,920,498	6,920,498	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：	13,714,498	13,714,498	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：	8,105,000	8,105,000	0
(2)轉診品質獎勵：	1,035,844	1,035,844	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：	9,140,844	9,140,844	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：	14,899,000	14,899,000	0
(2)轉診品質獎勵：	7,956,342	7,956,342	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：	22,855,342	22,855,342	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 22,855,342

=====

第3季：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

=====

第4季：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 21

全年：

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：	14,370,000	14,370,000	0
(2)轉診品質獎勵：	14,389,998	14,389,998	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：	28,759,998	28,759,998	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：	16,622,000	16,622,000	0
(2)轉診品質獎勵：	2,223,555	2,223,555	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	18,845,555	18,845,555	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：	30,992,000	30,992,000	0
(2)轉診品質獎勵：	16,613,553	16,613,553	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：	47,605,553	47,605,553	0

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 47,605,553

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 300,000,000 - 47,605,553 = 252,394,447

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

(八)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=1,100百萬元

第1季已支用點數：186,399,698

第2季已支用點數：151,064,348

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

合計已支用點數：337,464,046

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=337,464,046

未支用金額=全年預算—暫結金額=762,535,954

註：

1.依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。

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

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

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

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

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

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

(九)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季:

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 50,247,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 50,247,650

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 5,927,350

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 5,927,350= 62,102,350

已支用點數： 45,053,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 45,053,650

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 17,048,700

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 17,048,700= 73,223,700

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

= 73,223,700

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 73,223,700=129,398,700

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

= 129,398,700

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 95,301,300

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 50,247,650+ 45,053,650+ 0+ 0= 95,301,300

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 95,301,300 = 129,398,700

註:

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險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111年5月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第2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)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+111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%)+929,800,000

=(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%+929,800,000

= 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+929,800,000

= 1,318,502,957

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與111年度之品質保證保留款(929.8百萬元)合併運用(計1,318.5百萬元)。

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項預算優先支應醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(111年新增項目)」專款項目不足款。

(十一)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數：36,871,833

第2季已支用點數：36,927,111

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：73,798,944

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 73,798,944

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 73,798,944 = 126,201,056

註：經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。

(十二)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算=300.0百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 300,000,000 - 0 = 300,000,000

註：依據本署111年7月18日健保醫字第1110110781號公告新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。本計畫以每點1元為上限，透過計畫遴選及經費額度之匡列，於執行過程進行前端管控，若有超支，則以浮動點值支付。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁 次： 25

(十三)鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

全年預算=300.0百萬元

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 = 300,000,000 - 0 = 300,000,000

- 註：1. 預算如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011A號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由醫院總額「品質保證保留款」項下支應。
2. 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。

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

1. 已支用點數

門診第1季已支用點數：	258,321,363	住診第1季已支用點數：	54,364,277	門住診合計第1季已支用點數：	312,685,640
第2季已支用點數：	274,274,717	第2季已支用點數：	64,522,352	第2季已支用點數：	338,797,069
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：	532,596,080	全年已支用點數：	118,886,629	全年已支用點數：	651,482,709

2. 藥品給付協議

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：	6,996,703	第2季已支用點數：	1,310,095	第2季已支用點數：	8,306,798
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：	6,996,703	全年已支用點數：	1,310,095	全年已支用點數：	8,306,798

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 651,482,709
未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 2,664,000,000 - (651,482,709 - 8,306,798)
= 2,664,000,000 - 643,175,911
= 2,020,824,089

- 註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十五)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

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(十六)腹膜透析追蹤處置費及APD租金

全年預算 15百萬元

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：1,250,000

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：1,250,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,250,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000 - 1,250,000 = 13,750,000

註：

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。
2. 依衛生福利部111年5月20日衛部保字第1110119608號令，腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自111年6月1日生效。
3. 111年第2季預算1.25百萬元(15百萬元/4/3 × 1)，111年第3、4季各3.75百萬元(15百萬元/4)併入一般服務結算。

三、111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	111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	111年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	腹膜透析追蹤 處置費及APD 租金之 各季預算	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)	(C1)	(C2)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1) +(C2)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)+(C2) -(D1)-(B)
季別						
第1季	119,083,074,819	5,518,092,619	0	0	68,530,642,091	50,552,432,728
第2季	127,514,066,357	5,916,911,348	0	1,250,000	73,388,287,738	54,127,028,619
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計	246,597,141,176	11,435,003,967	0	1,250,000	141,918,929,829	104,679,461,347

註：1. 111年各季門診透析服務預算(B) = (110年各季門診透析服務—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)×(1+2.015%)。

111年第1季門診透析服務預算(B) = (5,410,109,069— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,518,092,619。

111年第2季門診透析服務預算(B) = (5,801,050,331— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,916,911,348。

111年第3季門診透析服務預算(B) = (5,664,883,220— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,778,000,469。

111年第4季門診透析服務預算(B) = (5,730,982,973— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,845,432,132。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

3. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算(C2)：全年預算15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後(111年6月1日生效)，併入一般服務結算。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：28

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	111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	111年 門診透析服務 預算	鼓勵繼續推動 住院診斷關聯 群(DRGs) 之各季預算	腹膜透析追蹤 處置費及APD 租金之 各季預算	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)	(C1)	(C2)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1) +(C2)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)+(C2) -(D3)-(B)
季別						
第1季	118,922,025,164	5,518,092,619	0	0	68,442,064,781	50,479,960,383
第2季	122,311,712,498	5,916,911,348	0	1,250,000	70,526,993,115	51,785,969,383
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計	241,233,737,662	11,435,003,967	0	1,250,000	138,969,057,896	102,265,929,766

註：1. 111年各季門診透析服務預算(B) = (110年各季門診透析服務—移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算)×(1+2.015%)。

111年第1季門診透析服務預算(B) = (5,410,109,069— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,518,092,619。

111年第2季門診透析服務預算(B) = (5,801,050,331— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,916,911,348。

111年第3季門診透析服務預算(B) = (5,664,883,220— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,778,000,469。

111年第4季門診透析服務預算(B) = (5,730,982,973— 1,009,800)×(1+2.015%) = 5,845,432,132。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算210百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

3. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金之各季預算(C2)：全年預算15百萬元，本項經費於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後(111年6月1日生效)，併入一般服務結算。

4. 調整後第4季一般住診/門診服務費用總額(D3、D4) = 調整前全年一般住診/門診服務費用總額(加總D1、D2)減去調整後第1-3季調整後一般住診/門診服務費用總額。

(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	0.36796	0.36811		
	北區分區	0.15146	0.15143		
	中區分區	0.17727	0.17837		
	南區分區	0.13650	0.13617		
	高屏分區	0.14329	0.14267		
	東區分區	0.02352	0.02325		
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	0.34506	0.34461		
	北區分區	0.15834	0.15902		
	中區分區	0.18221	0.18229		
	南區分區	0.13890	0.13874		
	高屏分區	0.15223	0.15211		
	東區分區	0.02326	0.02323		
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)

1.1 110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	46,184,804	46,184,804	46,184,804	46,184,804	184,739,216
高屏分區	144,057	144,057	144,057	144,057	576,228
東區分區	2,103,238	2,103,238	2,103,238	2,103,238	8,412,952
小計(K0)	48,432,099	48,432,099	48,432,099	48,432,099	193,728,396
南區分區(K1)	78,515,805	78,515,805	78,515,805	78,515,806	314,063,221
合計(KD)=(K0+K1)	126,947,904	126,947,904	126,947,904	126,947,905	507,791,617

註：1. 110年醫院附設門診部回歸原醫院之預算507,791,617元(=109年預算483,394,687元×(1+110年度一般服務成長率5.047%)，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. 110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元(=109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元×(1+110年度一般服務成長率5.047%))，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314,063,221元(=109年南區預算298,974,003元×(1+110年度一般服務成長率5.047%))，按四季均分。

1.2 111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	47,592,978	47,592,978	47,592,978	47,592,979	190,371,913
高屏分區	148,450	148,450	148,450	148,449	593,799
東區分區	2,167,366	2,167,366	2,167,366	2,167,365	8,669,463
小計(K0)	49,908,794	49,908,794	49,908,794	49,908,793	199,635,175
南區分區(K1)	80,909,752	80,909,752	80,909,752	80,909,752	323,639,008
合計(KD)=(K0+K1)	130,818,546	130,818,546	130,818,546	130,818,545	523,274,183

註：1. 111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算523,274,183元(=110年預算507,791,617元×(1+111年度一般服務成長率3.049%))，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. 111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元(=110年臺北、高屏、東區預算193,728,396元×(1+111年度一般服務成長率3.049%))，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323,639,008元(=110年南區預算314,063,221元×(1+111年度一般服務成長率3.049%))，按四季均分。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第2季

結算主要費用年月起迄：111/04—111/06

核付截止日期：111/09/30

頁次：31

2. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	59,989,380	59,989,380	59,989,380	179,968,140
北區分區	0	58,235,207	58,235,207	58,235,206	174,705,620
中區分區	0	84,035,707	84,035,707	84,035,706	252,107,120
南區分區	0	43,849,543	43,849,543	43,849,544	131,548,630
高屏分區	0	69,088,650	69,088,650	69,088,650	207,265,950
東區分區	0	18,134,846	18,134,846	18,134,848	54,404,540
合計	0	333,333,333	333,333,333	333,333,334	1,000,000,000

註：1. 依據111年7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」111年第1次臨時會議決議，「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(預算10億)」

：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年至110年申報點數平均占率回歸各分區預算；各分區占率如下：

臺北分區0.17996814、北區分區0.17470562、中區分區0.25210712、南區分區0.13154863、高屏分區0.20726595、東區分區0.05440454。

2. 執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、地區醫院住院病房費點值1點1元、地區醫院一般病床住院診察費點值1點1元、地區醫院住院護理費點值1點1元。

3. 本項預算分配自111年第2季起實施，並自112年起回歸一般服務地區預算分配。

4. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額＝各季預算(10億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

3. 111年其他醫療服務利用及密集度之改變(111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	215,874,073	215,874,073	215,874,074	647,622,220
北區分區	0	85,395,960	85,395,960	85,395,960	256,187,880
中區分區	0	137,441,493	137,441,493	137,441,494	412,324,480
南區分區	0	99,647,527	99,647,527	99,647,526	298,942,580
高屏分區	0	110,815,140	110,815,140	110,815,140	332,445,420
東區分區	0	17,492,474	17,492,474	17,492,472	52,477,420
合計	0	666,666,667	666,666,667	666,666,666	2,000,000,000

註：1. 依據111年7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」111年第1次臨時會議決議，「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門診費用結構改變(預算20億)」：本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算；各分區占率如下：臺北分區0.32381111、北區分區0.12809394、中區分區0.20616224、南區分區0.14947129、高屏分區0.16622271、東區分區0.02623871。

2. 執行項目包括住院首日護理費支付點數加成30%、修訂支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病門診診察費之調升費用、加護病床之住院診察費及病房費點值1點1元。

3. 本項預算先從一般服務預算予以扣除，再依其執行項目各就醫分區108年申報點數及加計108年至110年新設醫院之110年申報點數占率回歸各分區預算。

4. 為避免各季各分區金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季分配金額＝各季預算(20億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

4.111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	40,036,233	40,036,233	40,036,233	40,036,233	160,144,932
北區分區	17,182,172	17,182,172	17,182,172	17,182,173	68,728,689
中區分區	22,240,601	22,240,601	22,240,601	22,240,600	88,962,403
南區分區	18,827,899	18,827,899	18,827,899	18,827,897	75,311,594
高屏分區	25,883,918	25,883,918	25,883,918	25,883,916	103,535,670
東區分區	25,829,177	25,829,177	25,829,177	25,829,181	103,316,712
合計	150,000,000	150,000,000	150,000,000	150,000,000	600,000,000

4.2 調整各分區分配金額(KS_1)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	0	0	160,144,932	160,144,932
北區分區	17,182,172	17,182,172	17,182,172	17,182,173	68,728,689
中區分區	11,952,505	20,569,966	30,769,966	25,669,966	88,962,403
南區分區	0	0	0	75,311,594	75,311,594
高屏分區	0	0	0	103,535,670	103,535,670
東區分區	14,927,617	16,890,617	26,924,039	44,574,439	103,316,712
合計	44,062,294	54,642,755	74,876,177	426,418,774	600,000,000

註：

- 依據111年3月2日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」111年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款6億元，採「四季均分」，併入111年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
- 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(6億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
- 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。
- 調整臺北、中區、南區、高屏及東區風險調整移撥款之保留款：
 - (1)臺北:依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會111年3月23日院協審字第11110010號函辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - (2)中區:依據醫院醫療服務審查執行會中區分會111年3月21日院協審字第11130022號函辦理，調整111年各季分配金額，Q1為11,952,505元、Q2為20,569,966元、Q3為30,769,966元、Q4為25,669,966元。
 - (3)南區:依據111年3月18日南區業務組醫院總額111年第一次共管會決議辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - (4)高屏:依據醫院醫療服務審查執行會高屏區分會111年第三次會議決議辦理，111年Q1至Q3各季風險移撥款保留至111年Q4結算。
 - (5)東區:依據醫院總額東區共管會議111年第1次臨時共管會議決議暨111年東區醫院總額風險移撥款計畫各項計畫會議討論決議辦理，調整111年各季分配金額，Q1為14,927,617元、Q2為16,890,617元、Q3為26,924,039元、Q4為44,574,439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 ($RS_0 = KS_1 - RS_I$)					
臺北分區	0	0	0	72,065,219	72,065,219
北區分區	7,731,977	7,731,977	7,731,977	7,731,978	30,927,909
中區分區	5,378,627	9,256,485	13,846,485	11,551,485	40,033,082
南區分區	0	0	0	33,890,217	33,890,217
高屏分區	0	0	0	46,591,051	46,591,051
東區分區	6,717,428	7,600,778	12,115,818	20,058,498	46,492,522
合計	19,828,032	24,589,240	33,694,280	191,888,448	270,000,000
2. 風險調整移撥款_住診 ($RS_I = KS_1 \times 55\%$)					
臺北分區	0	0	0	88,079,713	88,079,713
北區分區	9,450,195	9,450,195	9,450,195	9,450,195	37,800,780
中區分區	6,573,878	11,313,481	16,923,481	14,118,481	48,929,321
南區分區	0	0	0	41,421,377	41,421,377
高屏分區	0	0	0	56,944,619	56,944,619
東區分區	8,210,189	9,289,839	14,808,221	24,515,941	56,824,190
合計	24,234,262	30,053,515	41,181,897	234,530,326	330,000,000
3. 門住診合計	44,062,294	54,642,755	74,876,177	426,418,774	600,000,000

(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)× 51%× (R)]+[(D2)× 49%× (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)

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	18,853,967,455	20,193,754,221			39,047,721,676
北區分區	7,024,824,170	7,517,261,801			14,542,085,971
中區分區	8,997,524,035	9,717,734,735			18,715,258,770
南區分區	7,143,564,852	7,608,664,146			14,752,228,998
高屏分區	7,476,155,627	7,948,155,920			15,424,311,547
東區分區	1,207,043,167	1,296,865,582			2,503,908,749
小 計	50,703,079,306	54,282,436,405			104,985,515,711

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療、
111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)+風險調整移撥款_住診(RS_I)

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	23,583,107,210	25,628,764,806			49,211,872,016
北區分區	9,572,661,442	10,466,264,050			20,038,925,492
中區分區	12,504,849,729	13,598,228,950			26,103,078,679
南區分區	10,083,530,147	10,897,339,731			20,980,869,878
高屏分區	10,742,246,678	11,567,013,986			22,309,260,664
東區分區	2,068,481,147	2,260,729,730			4,329,210,877
小 計	68,554,876,353	74,418,341,253			142,973,217,606

(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，詳頁次28～29；風險調整移撥款，詳頁次30。

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 51%× (R)]+ [(D4)× 49%× (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)

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	18,827,006,496	19,322,408,461			38,149,414,957
北區分區	7,014,764,414	7,192,465,583			14,207,229,997
中區分區	8,984,632,828	9,297,831,348			18,282,464,176
南區分區	7,133,439,777	7,283,079,694			14,416,519,471
高屏分區	7,465,437,967	7,604,395,016			15,069,832,983
東區分區	1,205,325,479	1,241,197,067			2,446,522,546
小 計	50,630,606,961	51,941,377,169			102,571,984,130

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× (R)]+ [(D3)× 55%× (S)]

+其他醫療服務利用及密集度之改變(111年地區醫院推動分級醫療、111年區域級(含)以上醫院提升重症照護費用)
+風險調整移撥款(RS_I)

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	23,552,625,543	24,640,294,812			48,192,920,355
北區分區	9,560,300,788	10,064,169,177			19,624,469,965
中區分區	12,488,695,442	13,077,131,404			25,565,826,846
南區分區	10,070,496,970	10,478,064,216			20,548,561,186
高屏分區	10,728,362,096	11,123,048,359			21,851,410,455
東區分區	2,065,818,204	2,174,338,662			4,240,156,866
小 計	68,466,299,043	71,557,046,630			140,023,345,673

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：36

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	9,917,092,594(BF1)	0.92238560	-----	11,991,988,523	2,219,408
	2-北區分區	1,081,615,446	0.92238560	997,666,512	1,242,918,888	
	3-中區分區	472,522,439	0.92238560	435,847,893	566,054,543	
	4-南區分區	286,875,661	0.92238560	264,609,979	367,872,719	
	5-高屏分區	334,469,737	0.92238560	308,510,069	405,806,179	
	6-東區分區	77,273,941	0.92238560	71,276,370	92,344,511	
	7-合計	12,169,849,818(GF1)		2,077,910,823(AF1)	14,666,985,363(BG1)	2,219,408(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	786,397,105	0.92238560	725,361,366	1,011,079,170	
	2-北區分區	3,137,952,767(BF1)	0.92238560	-----	3,831,251,553	1,470,457
	3-中區分區	295,253,705	0.92238560	272,337,766	340,206,061	
	4-南區分區	117,716,011	0.92238560	108,579,553	137,657,041	
	5-高屏分區	78,795,793	0.92238560	72,680,105	94,410,227	
	6-東區分區	21,394,054	0.92238560	19,733,567	23,773,269	
	7-合計	4,437,509,435(GF1)		1,198,692,357(AF1)	5,438,377,321(BG1)	1,470,457(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	213,817,267	0.92238560	197,221,968	272,259,637	
	2-北區分區	95,416,719	0.92238560	88,011,008	131,577,504	
	3-中區分區	4,981,474,763(BF1)	0.92238560	-----	6,247,727,898	1,115,123
	4-南區分區	137,712,832	0.92238560	127,024,333	189,296,273	
	5-高屏分區	66,368,773	0.92238560	61,217,601	79,146,911	
	6-東區分區	11,572,260	0.92238560	10,674,086	15,739,811	
	7-合計	5,506,362,614(GF1)		484,148,996(AF1)	6,935,748,034(BG1)	1,115,123(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111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

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁次：37

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	197,671,841	0.92238560	182,329,660	283,234,108	
	2-北區分區	76,019,425	0.92238560	70,119,223	100,348,064	
	3-中區分區	206,009,613	0.92238560	190,020,300	265,581,217	
	4-南區分區	3,442,271,662(BF1)	0.92238560	-----	4,812,355,883	906,478
	5-高屏分區	174,159,671	0.92238560	160,642,373	225,064,444	
	6-東區分區	10,183,863	0.92238560	9,393,449	11,194,473	
	7-合計	4,106,316,075(GF1)		612,505,005(AF1)	5,697,778,189(BG1)	906,478(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	121,264,573	0.92238560	111,852,696	160,750,791	
	2-北區分區	48,187,933	0.92238560	44,447,855	61,370,426	
	3-中區分區	84,500,507	0.92238560	77,942,051	101,453,510	
	4-南區分區	224,548,484	0.92238560	207,120,288	270,438,732	
	5-高屏分區	3,913,125,081(BF1)	0.92238560	-----	4,899,303,862	730,460
	6-東區分區	14,771,060	0.92238560	13,624,613	17,232,837	
	7-合計	4,406,397,638(GF1)		454,987,503(AF1)	5,510,550,158(BG1)	730,460(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	57,371,010	0.92238560	52,918,193	74,581,151	
	2-北區分區	20,994,210	0.92238560	19,364,757	27,314,569	
	3-中區分區	15,007,351	0.92238560	13,842,564	19,130,907	
	4-南區分區	8,926,918	0.92238560	8,234,061	12,933,015	
	5-高屏分區	21,878,454	0.92238560	20,180,371	31,078,909	
	6-東區分區	647,195,212(BF1)	0.92238560	-----	800,176,466	327,693
	7-合計	771,373,155(GF1)		114,539,946(AF1)	965,215,017(BG1)	327,693(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	53,181,390(BF2)	0.93520119	49,735,299	61,533,205
	2-北區分區	0(BF2)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	10,965,092(BF2)	0.94471785	10,358,918	15,232,884
	4-南區分區	0(BF2)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	438,914(BF2)	0.97548097	428,152	403,077
	6-東區分區	4,630,978(BF2)	0.94181187	4,361,510	4,331,223
	7-合計	69,216,374(GF2)		64,883,879(AF2)	81,500,389(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,061,079(BF2)	0.93520119	992,322	1,066,653
	2-北區分區	0(BF2)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	3,659,277(BF2)	0.94471785	3,456,984	5,474,946
	4-南區分區	0(BF2)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	91,064(BF2)	0.97548097	88,831	135,829
	6-東區分區	1,219,683(BF2)	0.94181187	1,148,712	1,107,821
	7-合計	6,031,103(GF2)		5,686,849(AF2)	7,785,249(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	623,131(BF2)	0.93520119	582,753	860,193
	2-北區分區	0(BF2)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	165,104,882(BF2)	0.94471785	155,977,529	240,279,728
	4-南區分區	0(BF2)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	137,132(BF2)	0.97548097	133,770	180,895
	6-東區分區	1,162,631(BF2)	0.94181187	1,094,980	875,346
	7-合計	167,027,776(GF2)		157,789,032(AF2)	242,196,162(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111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

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 39

	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	470,675(BF2)	0.93520119	440,176	593,946
	2-北區分區	0(BF2)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	6,828,843(BF2)	0.94471785	6,451,330	10,740,742
	4-南區分區	0(BF2)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	254,133(BF2)	0.97548097	247,902	300,257
	6-東區分區	1,307,184(BF2)	0.94181187	1,231,121	1,179,190
	7-合計	8,860,835(GF2)		8,370,529(AF2)	12,814,135(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	823,312(BF2)	0.93520119	769,962	1,267,183
	2-北區分區	0(BF2)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	1,738,828(BF2)	0.94471785	1,642,702	2,666,454
	4-南區分區	0(BF2)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	10,754,765(BF2)	0.97548097	10,491,069	10,581,836
	6-東區分區	1,167,904(BF2)	0.94181187	1,099,946	1,206,109
	7-合計	14,484,809(GF2)		14,003,679(AF2)	15,721,582(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	165,024(BF2)	0.93520119	154,331	138,184
	2-北區分區	0(BF2)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	342,995(BF2)	0.94471785	324,033	472,197
	4-南區分區	0(BF2)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	35,478(BF2)	0.97548097	34,608	58,179
	6-東區分區	13,253,489(BF2)	0.94181187	12,482,293	11,446,286
	7-合計	13,796,986(GF2)		12,995,265(AF2)	12,114,846(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

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：111/11/25

111年第 2季

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

頁次：40

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	8,789,552,318(BF3)	0.92238560	-----	5,845,311,686	12,233,559
	2-北區分區	867,855,686	0.92238560	800,497,588	661,647,570	
	3-中區分區	433,171,437	0.92238560	399,551,096	313,986,003	
	4-南區分區	270,957,852	0.92238560	249,927,621	186,660,832	
	5-高屏分區	311,173,473	0.92238560	287,021,931	229,728,330	
	6-東區分區	103,273,723	0.92238560	95,258,195	52,219,773	
	7-合計	10,775,984,489(GF3)		1,832,256,431(AF3)	7,289,554,194(BG3)	12,233,559(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	810,712,885	0.92238560	747,789,891	574,100,742	
	2-北區分區	3,061,233,762(BF3)	0.92238560	-----	2,154,401,021	7,284,180
	3-中區分區	347,045,255	0.92238560	320,109,546	263,522,747	
	4-南區分區	101,973,896	0.92238560	94,059,253	71,255,918	
	5-高屏分區	80,825,692	0.92238560	74,552,454	60,861,922	
	6-東區分區	35,392,537	0.92238560	32,645,566	18,026,512	
	7-合計	4,437,184,027(GF3)		1,269,156,710(AF3)	3,142,168,862(BG3)	7,284,180(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	225,742,533	0.92238560	208,221,662	161,975,003	
	2-北區分區	94,033,934	0.92238560	86,735,547	71,259,376	
	3-中區分區	5,460,333,029(BF3)	0.92238560	-----	3,743,251,512	7,248,627
	4-南區分區	143,441,077	0.92238560	132,307,984	94,370,267	
	5-高屏分區	71,544,404	0.92238560	65,991,528	51,946,081	
	6-東區分區	19,873,250	0.92238560	18,330,800	10,155,578	
	7-合計	6,014,968,227(GF3)		511,587,521(AF3)	4,132,957,817(BG3)	7,248,627(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111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

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁 次： 41

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	228,182,497	0.92238560	210,472,249	151,463,529	
	2-北區分區	82,416,598	0.92238560	76,019,883	56,375,349	
	3-中區分區	273,616,295	0.92238560	252,379,730	199,786,060	
	4-南區分區	4,028,206,308(BF3)	0.92238560	-----	2,601,723,593	2,579,759
	5-高屏分區	194,686,420	0.92238560	179,575,950	144,914,595	
	6-東區分區	17,575,140	0.92238560	16,211,056	10,591,163	
	7-合計	4,824,683,258(GF3)		734,658,868(AF3)	3,164,854,289(BG3)	2,579,759(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	136,934,213	0.92238560	126,306,146	92,939,773	
	2-北區分區	50,846,567	0.92238560	46,900,141	34,557,376	
	3-中區分區	96,075,953	0.92238560	88,619,076	68,228,871	
	4-南區分區	264,705,105	0.92238560	244,160,177	172,889,250	
	5-高屏分區	4,514,270,671(BF3)	0.92238560	-----	3,066,042,226	2,193,017
	6-東區分區	25,282,804	0.92238560	23,320,494	10,715,016	
	7-合計	5,088,115,313(GF3)		529,306,034(AF3)	3,445,372,512(BG3)	2,193,017(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	74,915,502	0.92238560	69,100,980	52,969,626	
	2-北區分區	29,696,278	0.92238560	27,391,419	21,300,448	
	3-中區分區	17,592,142	0.92238560	16,226,738	13,686,502	
	4-南區分區	12,721,027	0.92238560	11,733,692	9,232,946	
	5-高屏分區	34,204,904	0.92238560	31,550,111	24,346,049	
	6-東區分區	724,728,493(BF3)	0.92238560	-----	475,843,382	216,723
	7-合計	893,858,346(GF3)		156,002,940(AF3)	597,378,953(BG3)	216,723(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	78,662,883(BF4)	0.93520119	73,565,622	48,889,711
	2-北區分區	0(BF4)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	8,940,162(BF4)	0.94471785	8,445,931	6,882,091
	4-南區分區	0(BF4)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	1,428,696(BF4)	0.97548097	1,393,666	804,798
	6-東區分區	13,017,365(BF4)	0.94181187	12,259,909	2,728,968
	7-合計	102,049,106(GF4)		95,665,128(AF4)	59,305,568(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	1,457,373(BF4)	0.93520119	1,362,937	1,094,844
	2-北區分區	0(BF4)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	2,886,917(BF4)	0.94471785	2,727,322	2,215,740
	4-南區分區	0(BF4)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	530,783(BF4)	0.97548097	517,769	256,774
	6-東區分區	5,187,026(BF4)	0.94181187	4,885,203	1,298,739
	7-合計	10,062,099(GF4)		9,493,231(AF4)	4,866,097(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	781,923(BF4)	0.93520119	731,255	420,633
	2-北區分區	0(BF4)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	178,369,373(BF4)	0.94471785	168,508,731	118,910,514
	4-南區分區	0(BF4)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	771,557(BF4)	0.97548097	752,639	529,089
	6-東區分區	8,357,297(BF4)	0.94181187	7,871,002	1,881,542
	7-合計	188,280,150(GF4)		177,863,627(AF4)	121,741,778(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r04

111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

結算主要費用年月起迄:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁次：43

	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	985,520(BF4)	0.93520119	921,659	571,536
	2-北區分區	0(BF4)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	5,779,267(BF4)	0.94471785	5,459,777	5,898,509
	4-南區分區	0(BF4)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	1,556,359(BF4)	0.97548097	1,518,199	1,028,605
	6-東區分區	7,436,642(BF4)	0.94181187	7,003,918	1,278,633
	7-合計	15,757,788(GF4)		14,903,553(AF4)	8,777,283(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,107,748(BF4)	0.93520119	1,035,967	638,566
	2-北區分區	0(BF4)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	1,824,922(BF4)	0.94471785	1,724,036	1,545,783
	4-南區分區	0(BF4)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	55,687,780(BF4)	0.97548097	54,322,370	33,899,185
	6-東區分區	7,546,013(BF4)	0.94181187	7,106,925	1,353,422
	7-合計	66,166,463(GF4)		64,189,298(AF4)	37,436,956(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	37,574(BF4)	0.93520119	35,139	49,476
	2-北區分區	0(BF4)	0.96891560	0	0
	3-中區分區	513,440(BF4)	0.94471785	485,056	322,931
	4-南區分區	0(BF4)	0.99954622	0	0
	5-高屏分區	256,181(BF4)	0.97548097	249,900	192,693
	6-東區分區	38,805,402(BF4)	0.94181187	36,547,388	11,466,684
	7-合計	39,612,597(GF4)		37,317,483(AF4)	12,031,784(BG4)

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

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)

— 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)

— (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) — 藥品給付協議)

— 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)

— 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

— 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

$$\text{臺北分區} = [19,322,408,461 + 24,640,294,812 - 3,910,167,254 - (21,956,539,557 - 507,178,328) - 160,549,007 - 140,805,957 - 14,452,967] / 18,706,644,912 = 0.97758668$$

$$\text{北區分區} = [7,192,465,583 + 10,064,169,177 - 2,467,849,067 - (8,580,546,183 - 192,700,965) - 15,180,080 - 12,651,346 - 8,754,637] / 6,199,186,529 = 1.02664348$$

$$\text{中區分區} = [9,297,831,348 + 13,077,131,404 - 995,736,517 - (11,068,705,851 - 281,267,686) - 335,652,659 - 363,937,940 - 8,363,750] / 10,441,807,792 = 0.94656346$$

$$\text{南區分區} = [7,283,079,694 + 10,478,064,216 - 1,347,163,873 - (8,862,632,478 - 247,088,410) - 23,274,082 - 21,591,418 - 3,486,237] / 7,470,477,970 = 1.03742816$$

$$\text{高屏分區} = [7,604,395,016 + 11,123,048,359 - 984,293,537 - (8,955,922,670 - 203,797,245) - 78,192,977 - 53,158,538 - 2,923,477] / 8,427,395,752 = 1.05094737$$

$$\text{東區分區} = [1,241,197,067 + 2,174,338,662 - 270,542,886 - (1,562,593,970 - 23,154,955) - 50,312,748 - 24,146,630 - 544,416] / 1,371,923,705 = 1.11562329$$

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)

$$= [51,941,377,169 + 71,557,046,630 - (61,603,232,538 - 1,455,187,589) - 38,525,484] / 64,133,948,481$$

$$= 0.98718159$$

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=[19,322,408,461+ 24,640,294,812]÷[23,117,099,787+22,097,345,514－ 507,178,328 + 14,452,967]= 0.98302801

北區分區=[7,192,465,583+ 10,064,169,177]÷[8,890,786,664+ 8,593,197,529－ 192,700,965 + 8,754,637]= 0.99749116

中區分區=[9,297,831,348+ 13,077,131,404]÷[11,876,638,767+11,432,643,791－ 281,267,686 + 8,363,750]= 0.97128820

南區分區=[7,283,079,694+ 10,478,064,216]÷[8,955,617,956+ 8,884,223,896－ 247,088,410 + 3,486,237]= 1.00937156

高屏分區=[7,604,395,016+ 11,123,048,359]÷[9,575,164,223+ 9,009,081,208－ 203,797,245 + 2,923,477]= 1.01871646

東區分區=[1,241,197,067+ 2,174,338,662]÷[1,718,641,084+ 1,586,740,600－ 23,154,955 + 544,416]= 1.04044284

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [51,941,377,169+ 71,557,046,630]÷[64,133,948,481+61,603,232,538－1,455,187,589 + 38,525,484]= 0.99338729

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

=加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)+ 專款專用暫結金額]

÷[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [51,941,377,169+ 71,557,046,630+ 6,967,620,318]

÷[64,133,948,481+ 61,603,232,538－ 1,455,187,589+ 38,525,484+ 6,968,282,358]

= 0.99373323

註：

1. 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額+後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額

+ 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+ 醫療給付改善方案暫結金額+ 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額

+ 急診品質提升方案暫結金額+ 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

(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)+ 品質保證保留款預算+ 網路頻寬補助費用暫結金額

+ 住院整合照護服務試辦計畫暫結金額+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+精神科長效針劑藥費暫結金額

= 455,908,890+ 2,954,232,884+ 1,069,754,963+ 1,230,032,960+ 314,456,102+ 24,731,768+ 22,855,342+ 151,064,348

+ 45,053,650+ 332,112,029+ 36,927,111+ 0+ 0+ 330,490,271

= 6,967,620,318

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。

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

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+111年品質保證保留款預算/4。

5. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額=第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/03(含)以前:於111/07/01~111/09/30期間核付者。

費用年月111/04~111/06:於111/04/01~111/09/30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。