

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 110年調整後第 3 季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 110\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_q3) \\ &= 485,058,718,049 \times 25.398451\% \\ &= 123,197,400,825 (D) \end{aligned}$$

註：

1. 依據109年11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」109年第4次會議決定，110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23.989296%、第2季24.958707%、第3季25.398451%、第4季25.653546%。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. 110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、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、地區醫院假日、夜間門診案件、區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費)及風險調整移撥款]為485,058,718,049元。
 - (1) 110年第1季調整後預算 $116,362,171,647 = 485,058,718,049 \times 23.989296\% (h_q1)$ 。
 - (2) 110年第2季調整後預算 $121,064,384,216 = 485,058,718,049 \times 24.958707\% (h_q2)$ 。
 - (3) 110年第3季調整後預算 $123,197,400,825 = 485,058,718,049 \times 25.398451\% (h_q3)$ 。
 - (4) 110年第4季調整後預算 $= 110\text{年全年預算數} - 110\text{年第1季調整後預算} - 110\text{年第2季調整後預算} - 110\text{年第3季調整後預算} = 124,434,761,361$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3018r04

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：111/02/10

110年第3季

結算主要費用年月起迄:110/07-110/09

核付截止日期:110/11/30

頁次：2

(二) 110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	108年	107年各季校正	108年違反	109年調整	108年各季校正	109年違反	110年調整
	調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	投保人口預估 成長率差值	特管辦法之 扣款(註1)	前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	投保人口預估 成長率差值	特管辦法之扣 款(註2)	前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(G)
				= (A1 + B1 + B2) × (1 + 5.471%)			= (G0 + B3 + B4) × (1 + 5.047%)
第1季	105,221,190,625	255,416,233	7,442,681	111,255,081,889	-131,658,298	8,119,080	116,740,351,630
第2季	112,823,663,010	181,040,068	7,442,681	119,195,040,253	-180,885,436	8,119,080	125,029,328,061
第3季	110,474,656,481	122,254,847	7,442,681	116,655,518,217	-208,899,125	8,119,080	122,332,208,808
第4季	111,498,091,456	165,013,730	7,442,679	117,780,043,539	-170,977,810	8,119,078	123,553,324,124
合計	440,017,601,572	723,724,878	29,770,722	464,885,683,898	-692,420,669	32,476,318	487,655,212,623

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	110年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	110年地區醫 院假日及夜間 門診案件(註5)	110年區域級 (含)以上醫院 加護病床之護 理費(註5)	110年風險 調整移 撥款(註6)	110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	126,947,904	125,000,000	250,000,000	50,000,000	116,095,448,874
第2季	99,662,029	126,947,904	125,000,000	250,000,000	50,000,000	124,377,718,128
第3季	97,555,436	126,947,904	125,000,000	250,000,000	50,000,000	121,682,705,468
第4季	98,530,640	126,947,905	125,000,000	250,000,000	50,000,000	122,902,845,579
合計	388,702,957	507,791,617	500,000,000	1,000,000,000	200,000,000	485,058,718,049

註：

1. 109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+108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+5.471%)。
 - (1)依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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108年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108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)依據108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，108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。108年新特材未於時程內導入之預算276,000,000元，於108年第3季及第4季一般服務按季均分扣減138,000,000元；另依醫院總額研商議事會議108年第4次及109年第1次會議決定，為利新功能特材收載，於109年基期費用不扣減。
 - (3)108年違反特管辦法之扣款(B2) 29,770,722元，採四季均分。
2. 110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+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(B4))×(1+5.047%)。
 - (1)一般服務成長率為5.047%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.730%，協商因素成長率1.317%。
 - (2)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。
 - (3)109年違反特管辦法之扣款(B4) 32,476,318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. 110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)：507,791,617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)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+5.047%)，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)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+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；南區預算314,063,221元(=109年南區預算298,974,003元×(1+5.047%))。
5. 110年其他醫療服務利用及密集度之改變—地區醫院假日或夜間門診案件(I)：500,000,000元、區域級(含)以上醫院加護病床之護理費(J)：1,000,000,000元。
 - (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新增「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，預算5億元；「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、護理費及病房費採固定點值，預算10億元。
 - (2)有關「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」，依醫院總額研商議事會議110年第1次臨時會議決議，同意優先保障加護病床之住院護理費每點1元，並經衛生福利部核定在案。
 - (3)預算按四季均分，先自一般服務預算按季扣除，再依其保障項目之就醫分區108年申報點數占率回歸各分區預算，並自111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2億元，作為風險調整移撥款。

=====

(三) 110年第3季門診透析服務預算

= 109年第3季醫院門診透析服務預算× (1+1.801%)

= 5,564,663,628× (1+1.801%)

= 5,664,883,220

(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)

※110年第3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。

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：	40,139	住診第1季已支用點數：	735	門住診合計第1季已支用點數：	40,874
第2季已支用點數：	36,374	第2季已支用點數：	1,353	第2季已支用點數：	37,727
第3季已支用點數：	28,579	第3季已支用點數：	811	第3季已支用點數：	29,390
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：	105,092	全年已支用點數：	2,899	全年已支用點數：	107,991

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	832,886,833	住診第1季已支用點數：	5,759,275	門住診合計第1季已支用點數：	838,646,108
第2季已支用點數：	876,944,480	第2季已支用點數：	4,479,020	第2季已支用點數：	881,423,500
第3季已支用點數：	622,341,618	第3季已支用點數：	2,716,730	第3季已支用點數：	625,058,348
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：	2,332,172,931	全年已支用點數：	12,955,025	全年已支用點數：	2,345,127,956

3. 合計

門診第1季已支用點數：	832,926,972	住診第1季已支用點數：	5,760,010	門住診合計第1季已支用點數：	838,686,982
第2季已支用點數：	876,980,854	第2季已支用點數：	4,480,373	第2季已支用點數：	881,461,227
第3季已支用點數：	622,370,197	第3季已支用點數：	2,717,541	第3季已支用點數：	625,087,738
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：	2,332,278,023	全年已支用點數：	12,957,924	全年已支用點數：	2,345,235,947

4. 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：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	165,857,485	第3季金額：	712,392	第3季金額：	166,569,877
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	165,857,485	全年金額：	712,392	全年金額：	166,569,877

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,345,235,947

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議) - 支應西醫基層總額同項專款
= 3,428,000,000 - (2,345,235,947 - 166,569,877) - 84,031,150
= 3,428,000,000 - 2,178,666,070 - 84,031,150
= 1,165,302,780

註：

- 如預算不足，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」，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。

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 11,699百萬元(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： 1,590,913,682	住診第1季已支用點數： 299,796,316	門住診合計第1季已支用點數： 1,890,709,998
第2季已支用點數： 1,628,505,650	第2季已支用點數： 202,819,901	第2季已支用點數： 1,831,325,551
第3季已支用點數： 1,670,909,190	第3季已支用點數： 155,630,170	第3季已支用點數： 1,826,539,360
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： 4,890,328,522	全年已支用點數： 658,246,387	全年已支用點數： 5,548,574,909

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： 20,681,766	第2季金額： 253,778	第2季金額： 20,935,544
第3季金額： 14,982,294	第3季金額： 661,328	第3季金額： 15,643,622
第4季金額： 0	第4季金額： 0	第4季金額： 0
全年金額： 35,664,060	全年金額： 915,106	全年金額： 36,579,166

$$\begin{aligned}
 & \text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 & = 5,548,574,909 - 36,579,166 \\
 & = 5,511,995,743
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

門診第1季已支用點數： 905,827,198	住診第1季已支用點數： 44,952,393	門住診合計第1季已支用點數： 950,779,591
第2季已支用點數： 874,976,110	第2季已支用點數： 53,885,120	第2季已支用點數： 928,861,230
第3季已支用點數： 896,578,102	第3季已支用點數： 50,817,918	第3季已支用點數： 947,396,020
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： 2,677,381,410	全年已支用點數： 149,655,431	全年已支用點數： 2,827,036,841

2.2 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： 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

$$\begin{aligned}
 & \text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\
 & = 2,827,036,841 - 0 \\
 & = 2,827,036,841
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3018r04

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：111/02/10

110年第3季

結算主要費用年月起迄:110/07-110/09

核付截止日期:110/11/30

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：	1,120,000	門住診合計第1季已支用點數：	1,120,000
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：	1,120,000	全年已支用點數：	1,120,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,120,000 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	2,496,740,880	住診第1季已支用點數：	345,868,709	門住診合計第1季已支用點數：	2,842,609,589
第2季已支用點數：	2,503,481,760	第2季已支用點數：	256,705,021	第2季已支用點數：	2,760,186,781
第3季已支用點數：	2,567,487,292	第3季已支用點數：	206,448,088	第3季已支用點數：	2,773,935,380
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,567,709,932	全年已支用點數：	809,021,818	全年已支用點數：	8,376,731,750

4.2 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：	20,681,766	第2季金額：	253,778	第2季金額：	20,935,544
第3季金額：	14,982,294	第3季金額：	661,328	第3季金額：	15,643,622
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	35,664,060	全年金額：	915,106	全年金額：	36,579,166

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 8,376,731,750 & &= 11,699,000,000 - (8,376,731,750 - 36,579,166) \\ & & &= 11,699,000,000 - 8,340,152,584 \\ & & &= 3,358,847,416 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「109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：rgbi3018r04

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：111/02/10

110年第3季

結算主要費用年月起迄：110/07-110/09

核付截止日期：110/11/30

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：1,030,494,200	住診第1季已支用點數：339,757	門住診合計第1季已支用點數：1,030,833,957
第2季已支用點數：1,032,325,366	第2季已支用點數：134,608	第2季已支用點數：1,032,459,974
第3季已支用點數：1,076,639,286	第3季已支用點數：345,908	第3季已支用點數：1,076,985,194
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：3,139,458,852	全年已支用點數：820,273	全年已支用點數：3,140,279,125

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：8,711,235	住診第1季金額：6,206	門住診合計第1季金額：8,717,441
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：8,711,235	全年金額：6,206	全年金額：8,717,441

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)
= 3,140,279,125	= 5,257,000,000	— (3,140,279,125	— 8,717,441)
	= 5,257,000,000	— 3,131,561,684	
	= 2,125,438,316		

註：1. 如預算不足，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」，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 = 5,127百萬元

門診第1季已支用點數：614,739,471	住診第1季已支用點數：545,114,765	門住診合計第1季已支用點數：1,159,854,236
第2季已支用點數：605,236,233	第2季已支用點數：564,325,524	第2季已支用點數：1,169,561,757
第3季已支用點數：619,321,481	第3季已支用點數：531,637,345	第3季已支用點數：1,150,958,826
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：1,839,297,185	全年已支用點數：1,641,077,634	全年已支用點數：3,480,374,819

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	— 暫結金額
= 3,480,374,819	= 5,127,000,000	— 3,480,374,819
	= 1,646,625,181	

註：如預算不足，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」，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、器官移植專款項目不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,368百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	43,232,572	門住診合計第1季已支用點數：	43,232,572
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：	19,833,898	第3季已支用點數：	19,833,898
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：	63,066,470	全年已支用點數：	63,066,470

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 63,066,470

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	12,008,840	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	12,008,840
第2季已支用點數：	9,276,060	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,276,060
第3季已支用點數：	10,273,460	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,273,460
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	31,558,360	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	31,558,360

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 31,558,360

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	173,936,340	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	173,936,340
第2季已支用點數：	166,786,630	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	166,786,630
第3季已支用點數：	180,155,025	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	180,155,025
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：	520,877,995	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	520,877,995

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 520,877,995

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,311,113	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,311,113
第2季已支用點數：	5,652,983	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,652,983
第3季已支用點數：	5,972,666	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	5,972,666
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	16,936,762	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	16,936,762

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,936,762

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：	7,908,280	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,908,280
第2季已支用點數：	6,322,500	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,322,500
第3季已支用點數：	8,132,100	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,132,100
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	22,362,880	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	22,362,880

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 22,362,880

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：	12,256,200	門住診合計第1季已支用點數：	12,256,200
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	23,566,963	第2季已支用點數：	23,566,963
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	9,746,400	第3季已支用點數：	9,746,400
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	45,569,563	全年已支用點數：	45,569,563

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 45,569,563

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	639,000
第2季已支用點數：	457,000
第3季已支用點數：	520,000
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,616,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,616,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,517,400	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,517,400
第2季已支用點數：	6,611,659	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,611,659
第3季已支用點數：	7,438,400	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,438,400
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	21,567,459	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	21,567,459

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,567,459

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=50百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=35百萬元

第1季：預算 = 35,000,000/4 = 8,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 8,750,000

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 35,000,000/4 + 8,750,000 = 17,500,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 17,500,000

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 35,000,000/4 + 17,500,000 = 26,250,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 11,806,740 門住診合計已支用點數： 11,806,740

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 11,806,740

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 14,443,260

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 35,000,000/4 + 14,443,260 = 23,193,260

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
= 23,193,260

全年合計：

全年預算 = 35,000,000

已支用點數： 11,806,740

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 11,806,740 + 0 = 11,806,740

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 35,000,000 - 11,806,740 = 23,193,260

9.2門診臨床藥事照護費 全年預算=15百萬元

第1季：預算 = 15,000,000/4 = 3,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 3,750,000

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 3,750,000 = 7,500,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 7,500,000

第3季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 7,500,000 = 11,250,000

門診已支用點數： 122,200 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 122,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 122,200

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 11,127,800

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 11,127,800 = 14,877,800

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
= 14,877,800

全年合計：

全年預算 = 15,000,000

已支用點數： 122,200

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 122,200 + 0 = 122,200

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000 - 122,200 = 14,877,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3018r04

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：111/02/10

110年第3季

結算主要費用年月起迄:110/07-110/09

核付截止日期:110/11/30

頁次：13

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：	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：	122,200	第3季已支用點數：	11,806,740	第3季已支用點數：	11,928,940
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：	122,200	全年已支用點數：	11,806,740	全年已支用點數：	11,928,940

暫結金額 = 11,928,940
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 50,000,000 - 11,928,940
 = 38,071,060

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」，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：	207,320,973	住診第1季已支用點數：	55,488,772	門住診合計第1季已支用點數：	262,809,745
第2季已支用點數：	195,106,832	第2季已支用點數：	23,566,963	第2季已支用點數：	218,673,795
第3季已支用點數：	212,613,851	第3季已支用點數：	41,387,038	第3季已支用點數：	254,000,889
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：	615,041,656	全年已支用點數：	120,442,773	全年已支用點數：	735,484,429

暫結金額 = 735,484,429
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 1,368,000,000 - 735,484,429
 = 632,515,571

(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:

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 6,878,273(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 6,322,543(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 8,338,300(J3)

(4)合計: 已支用點數 21,539,116(J9)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 21,539,116 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 3,460,884

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 100,000,000/4 + 3,460,884 = 28,460,884

(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 5,514,962(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 5,075,460(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 6,251,600(K3)

(4)合計: 已支用點數 16,842,022(K9)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 16,842,022 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 11,618,862

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 100,000,000/4 + 11,618,862 = 36,618,862

(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 5,904,436(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 6,077,932(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 7,745,600(L3)

(4)合計: 已支用點數 19,727,968(L9)

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 19,727,968 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 16,890,894

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝	100,000,000/4＋	16,890,894＝	41,890,894
(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＝41,890,894

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	18,297,671(N1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數N2：	已支用點數	17,475,935(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	22,335,500(N3)
(4)合計：	已支用點數	58,109,106(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)＝	58,109,106	
未支用金額＝全年預算－暫結金額		
＝100,000,000－58,109,106＝	41,890,894	

註：依據「110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= 246百萬元
第1季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	7,578,970	7,578,970	0
(2)轉診品質獎勵：	7,746,694	7,746,694	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：	15,325,664	15,325,664	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	9,261,850	9,261,850	0
(2)轉診品質獎勵：	1,621,893	1,621,893	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：	10,883,743	10,883,743	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	16,840,820	16,840,820	0
(2)轉診品質獎勵：	9,368,587	9,368,587	0
(3)急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4)補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5)合計：	26,209,407	26,209,407	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 26,209,407

第2季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	7,692,000	7,692,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	6,724,000	6,724,000	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	14,416,000	14,416,000	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	8,085,000	8,085,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	1,403,644	1,403,644	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：	9,488,644	9,488,644	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	15,777,000	15,777,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	8,127,644	8,127,644	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	23,904,644	23,904,644	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 23,904,644

第3季：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	7,600,000	7,600,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	6,875,900	6,875,900	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	25,898	15,000	10,898
(4) 補助急診專科醫師人力：	126,110	0	126,110
(5) 合計：	14,627,908	14,490,900	137,008
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	6,709,000	6,709,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	1,150,250	1,150,250	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：	7,859,250	7,859,250	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	14,309,000	14,309,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	8,026,150	8,026,150	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	25,898	15,000	10,898
(4) 補助急診專科醫師人力：	126,110	0	126,110
(5) 合計：	22,487,158	22,350,150	137,008

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 22,487,158

=====
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

全年：

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
1. 門診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	22,870,970	22,870,970	0
(2) 轉診品質獎勵：	21,346,594	21,346,594	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	25,898	15,000	10,898
(4) 補助急診專科醫師人力：	126,110	0	126,110
(5) 合計：	44,369,572	44,232,564	137,008
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	24,055,850	24,055,850	0
(2) 轉診品質獎勵：	4,175,787	4,175,787	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：	28,231,637	28,231,637	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	46,926,820	46,926,820	0
(2) 轉診品質獎勵：	25,522,381	25,522,381	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	25,898	15,000	10,898
(4) 補助急診專科醫師人力：	126,110	0	126,110
(5) 合計：	72,601,209	72,464,201	137,008

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 72,601,209

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 246,000,000 - 72,601,209 = 173,398,791

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：225,382,909

第2季已支用點數：219,048,018

第3季已支用點數：221,341,779

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：665,772,706

暫結金額=1元/點×全年已支用點數=665,772,706

未支用金額=全年預算-暫結金額=434,227,294

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。
2. 全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：
 - (1) 符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
 - (2) 有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
 - (3) 若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
 - (4) 若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。
 - (5) 全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院補助金額)。
3. 依衛生福利部110年8月2日衛授保字第1100009534號函、110年11月10日衛保字第1100144234號函暨110年8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」110年第2次會議決定(議)，本項專款110年第2季及第3季其納入浮動當年結算之浮動點值每點支付金額最高補至1元，其中「當年結算之浮動點值」以110年第1季浮動點值計算。

(九)鼓勵院所建立轉診之合作機制

全年預算=400百萬元

第1季:

預算=400,000,000/4=100,000,000

已支用點數：52,587,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 52,587,100

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 47,412,900

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=400,000,000/4+ 47,412,900=147,412,900

已支用點數：3,277,500

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 3,277,500

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 144,135,400

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=400,000,000/4+ 144,135,400=244,135,400

已支用點數：45,264,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 45,264,700

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 198,870,700

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=400,000,000/4+ 198,870,700=298,870,700

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

= 298,870,700

全年合計:

全年預算 = 400,000,000

已支用點數：101,129,300

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 52,587,100 + 3,277,500 + 45,264,700 + 0 = 101,129,300

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 400,000,000 - 101,129,300 = 298,870,700

註:

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110年6月23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2次臨時會議決定，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」(10億元)按季支應，每季最多支應2.5億元(10億/4)，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+110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%)+880,400,000

=(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%+880,400,000

= 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+880,400,000

= 1,269,102,957

※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110年度之品質保證保留款(880.4百萬元)合併運用(計1,269.1百萬元)。

(十一)網路頻寬補助費用

全年預算=127百萬元

第1季已支用點數： 35,760,670

第2季已支用點數： 24,255,554

第3季已支用點數： 36,624,136

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 96,640,360

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 96,640,360

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 127,000,000 - 96,640,360 = 30,359,640

註：預算如有不足，依據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方式」略以，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項下支應。

三、110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	110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	110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	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)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	116,095,448,874	5,410,109,069	0	66,828,056,869	49,267,392,005
第2季	124,377,718,128	5,801,050,331	0	71,598,322,652	52,779,395,476
第3季	121,682,705,468	5,664,883,220	0	70,041,173,778	51,641,531,690
第4季	0	0	0	0	0
合計	362,155,872,470	16,876,042,620	0	208,467,553,299	153,688,319,171

註：1. 110年各季門診透析服務預算(B) = 109年各季門診透析服務×(1+1.801%)。

110年第1季門診透析服務預算(B) = 5,314,396,783×(1+1.801%) = 5,410,109,069。

110年第2季門診透析服務預算(B) = 5,698,421,755×(1+1.801%) = 5,801,050,331。

110年第3季門診透析服務預算(B) = 5,564,663,628×(1+1.801%) = 5,664,883,220。

110年第4季門診透析服務預算(B) = 5,629,593,985×(1+1.801%) = 5,730,982,973。

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。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	110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	110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	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)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	116,362,171,647	5,410,109,069	0	66,974,754,394	49,387,417,253
第2季	121,064,384,216	5,801,050,331	0	69,775,989,001	51,288,395,215
第3季	123,197,400,825	5,664,883,220	0	70,874,256,225	52,323,144,600
第4季	0	0	0	0	0
合計	360,623,956,688	16,876,042,620	0	207,624,999,620	152,998,957,068

註：1. 110年各季門診透析服務預算(B) = 109年各季門診透析服務×(1+1.801%)。

110年第1季門診透析服務預算(B) = 5,314,396,783×(1+1.801%) = 5,410,109,069。

110年第2季門診透析服務預算(B) = 5,698,421,755×(1+1.801%) = 5,801,050,331。

110年第3季門診透析服務預算(B) = 5,564,663,628×(1+1.801%) = 5,664,883,220。

110年第4季門診透析服務預算(B) = 5,629,593,985×(1+1.801%) = 5,730,982,973。

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. 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)

110年第2季分區預算，依近3年(107-109年)第2季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)如下：

臺北分區：0.34001844、北區分區：0.13682906、中區分區：0.19517956、南區分區：0.14334976、高屏分區：0.15660888、東區分區：0.02801430

110年第3季分區預算，依近3年(107-109年)第3季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)如下：

臺北分區：0.33597700、北區分區：0.13732410、中區分區：0.19631918、南區分區：0.14375392、高屏分區：0.15841160、東區分區：0.02821420

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	0.37198	—	—	
	北區分區	0.14926	—	—	
	中區分區	0.17595	—	—	
	南區分區	0.13649	—	—	
	高屏分區	0.14265	—	—	
	東區分區	0.02367	—	—	
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	0.34778	—	—	
	北區分區	0.15675	—	—	
	中區分區	0.18164	—	—	
	南區分區	0.13903	—	—	
	高屏分區	0.15131	—	—	
	東區分區	0.02349	—	—	
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)其他醫療服務利用及密集度之改變

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 109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	43,965,847	43,965,847	43,965,847	43,965,847	175,863,388
高屏分區	137,136	137,136	137,136	137,136	548,544
東區分區	2,002,188	2,002,188	2,002,188	2,002,188	8,008,752
小計(K0)	46,105,171	46,105,171	46,105,171	46,105,171	184,420,684
南區分區(K1)	74,743,501	74,743,501	74,743,501	74,743,500	298,974,003
合計(KD)=(K0+K1)	120,848,672	120,848,672	120,848,672	120,848,671	483,394,687

註：1. 109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(=108年預算458,320,000元×(1+109年度一般服務成長率5.471%)，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. 109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元(=108年臺北、高屏、東區預算174,854,400元×(1+109年度一般服務成長率5.471%))，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298,974,003元(=108年南區預算283,465,600元×(1+109年度一般服務成長率5.471%))，按四季均分。

1.2 110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(=108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。

2. 110年其他醫療服務利用及密集度之改變(地區醫院假日、夜間門診案件)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	37,942,563	37,942,563	37,942,564	113,827,690
北區分區	0	27,430,282	27,430,282	27,430,281	82,290,845
中區分區	0	48,479,188	48,479,188	48,479,189	145,437,565
南區分區	0	18,381,152	18,381,152	18,381,151	55,143,455
高屏分區	0	33,177,918	33,177,918	33,177,919	99,533,755
東區分區	0	1,255,564	1,255,564	1,255,562	3,766,690
合計	0	166,666,667	166,666,667	166,666,666	500,000,000

註：

- 「地區醫院假日或夜間門診案件」預算5億元，依據110年4月14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1次臨時會議決議，預算按四季均分，先自一般服務預算按季扣除，再依就醫分區108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0.22765538、北區分區0.16458169、中區分區0.29087513、南區分區0.11028691、高屏分區0.19906751、東區分區0.00753338。
- 依據110年6月23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2次臨時會議決議，預算自第2季起適用。
- 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(5億/3)減去五分區移撥款分配總金額。

3. 110年其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	107,829,990	107,829,990	107,829,990	323,489,970
北區分區	0	43,210,130	43,210,130	43,210,130	129,630,390
中區分區	0	67,548,763	67,548,763	67,548,764	202,646,290
南區分區	0	50,271,820	50,271,820	50,271,820	150,815,460
高屏分區	0	55,692,380	55,692,380	55,692,380	167,077,140
東區分區	0	8,780,250	8,780,250	8,780,250	26,340,750
合計	0	333,333,333	333,333,333	333,333,334	1,000,000,000

- 註：1. 「區域級(含)以上醫院加護病床之護理費」預算10億元，按四季均分，依據110年4月14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1次臨時會議決議，先自一般服務預算按季扣除，再依就醫分區108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0.32348997、北區分區0.12963039、中區分區0.20264629、南區分區0.15081546、高屏分區0.16707714、東區分區0.02634075。
- 依據110年6月23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2次臨時會議決議，預算自第2季起適用。
 - 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。

4. 110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	4,336,762	4,336,762	4,336,762	4,336,760	17,347,046
北區分區	3,399,220	3,399,220	3,399,220	3,399,218	13,596,878
中區分區	4,173,998	4,173,998	4,173,998	4,173,997	16,695,991
南區分區	4,391,676	4,391,676	4,391,676	4,391,677	17,566,705
高屏分區	10,644,338	10,644,338	10,644,338	10,644,339	42,577,353
東區分區	23,054,006	23,054,006	23,054,006	23,054,009	92,216,027
合計	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	200,000,000

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	17,347,046	17,347,046
北區分區	3,399,220	3,399,220	3,399,220	3,399,218	13,596,878
中區分區	4,173,998	4,173,998	4,173,998	4,173,997	16,695,991
南區分區	0	0	0	17,566,705	17,566,705
高屏分區	0	0	0	42,577,353	42,577,353
東區分區	12,782,507	12,168,750	15,690,490	51,574,280	92,216,027
合計	20,355,725	19,741,968	23,263,708	136,638,599	200,000,000

註：

1. 依據110年3月3日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款2億元，採「四季均分」，併入110年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
2. 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額=各季調整移撥款總金額(2億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
3. 第4季各分區風險調整移撥款分配金額=年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。
4. 調整臺北、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110年6月2日院協審字第11010026號函辦理，110年Q1至Q3各季風險移撥款保留至110年Q4結算。
 - (2) 南區: 依據醫院醫療服務審查執行會南區分會110年6月4日醫審南字第1100022號函辦理，110年Q1至Q3各季風險移撥款保留至110年Q4結算。
 - (2) 高屏: 依據醫院醫療服務審查執行會高屏區分會110年第1次會議決議，110年Q1至Q3各季風險移撥款保留至110年Q4結算。
 - (3) 東區: 依據110年東區醫院總額風險移撥款計畫各項計畫會議討論決議及配合110年第2季、第3季結算時程提前且院所執行計畫時程異整，調整110年各季分配金額，Q1為12,782,507元、Q2為12,168,750元、Q3為15,690,490元、Q4為51,574,280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	7,806,171	7,806,171
北區分區	1,529,649	1,529,649	1,529,649	1,529,648	6,118,595
中區分區	1,878,299	1,878,299	1,878,299	1,878,299	7,513,196
南區分區	0	0	0	7,905,017	7,905,017
高屏分區	0	0	0	19,159,809	19,159,809
東區分區	5,752,128	5,475,937	7,060,720	23,208,427	41,497,212
合計	9,160,076	8,883,885	10,468,668	61,487,371	90,000,000
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	0	0	0	9,540,875	9,540,875
北區分區	1,869,571	1,869,571	1,869,571	1,869,570	7,478,283
中區分區	2,295,699	2,295,699	2,295,699	2,295,698	9,182,795
南區分區	0	0	0	9,661,688	9,661,688
高屏分區	0	0	0	23,417,544	23,417,544
東區分區	7,030,379	6,692,813	8,629,770	28,365,853	50,718,815
合計	11,195,649	10,858,083	12,795,040	75,151,228	110,000,000
3. 門住診合計					
	20,355,725	19,741,968	23,263,708	136,638,599	200,000,000

(五)調整前分區門住診一般服務費用總額

110年第3季分區預算，依近3年(107-109年)第3季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)如下：

臺北分區：0.33597700、北區分區：0.13732410、中區分區：0.19631918、南區分區：0.14375392、高屏分區：0.15841160、東區分區：0.02821420

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2) = [(D2)×(V)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件) + 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	18,475,510,036	18,030,095,081	17,434,494,260		53,940,099,377
北區分區	6,784,969,638	7,250,715,001	7,120,586,793		21,156,271,432
中區分區	8,732,276,939	10,351,816,673	10,188,580,642		29,272,674,254
南區分區	6,961,387,245	7,662,810,631	7,520,569,572		22,144,767,448
高屏分區	7,270,030,568	8,299,043,988	8,213,939,636		23,783,014,192
東區分區	1,179,325,559	1,487,412,558	1,467,444,026		4,134,182,143
小 計	49,403,499,985	53,081,893,932	51,945,614,929		154,431,008,846

註:1. 調整前第1季(BD2_q1) = [(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、地區醫院假日、夜間門診案件) + 風險調整移撥款_門診(RS_0)

2. 調整前第2季(BD2_q2) = [(D2)×(V)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件) + 風險調整移撥款_門診(RS_0)

※110年第2季分區預算，依近3年(107-109年)第2季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)×(V)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)
+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	23,079,002,612	24,452,579,965	23,640,053,432		71,171,636,009
北區分區	9,279,675,534	9,841,810,887	9,663,420,853		28,784,907,274
中區分區	12,172,921,174	14,044,373,574	13,820,270,264		40,037,565,012
南區分區	9,836,922,901	10,313,874,189	10,118,965,112		30,269,762,202
高屏分區	10,447,697,927	11,268,625,500	11,151,026,784		32,867,350,211
東區分區	2,023,032,370	2,021,249,953	1,993,565,706		6,037,848,029
小 計	66,839,252,518	71,942,514,068	70,387,302,151		209,169,068,737

註:1. 調整前第1季(BD1_q1)=[(D1)×45%×(R)+(D1)×55%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)
+風險調整移撥款_住診(RS_I)

2. 調整前第2季(BD1_q2)=[(D1)×(V)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)+風險調整移撥款_住診(RS_I)
※110年第2季分區預算，依近3年(107-109年)第2季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

(六)調整後分區門住診一般服務費用總額

110年第3季分區預算，依近3年(107-109年)第3季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)如下：

臺北分區：0.33597700、北區分區：0.13732410、中區分區：0.19631918、南區分區：0.14375392、高屏分區：0.15841160、東區分區：0.02821420

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次27~28；風險調整移撥款，詳頁次29。

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)×(V)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)
+ 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	18,520,407,569	17,523,127,498	17,663,500,520		53,707,035,587
北區分區	6,801,495,458	7,046,702,837	7,214,188,672		21,062,386,967
中區分區	8,753,545,941	10,060,803,898	10,322,394,330		29,136,744,169
南區分區	6,978,155,300	7,449,076,102	7,618,554,100		22,045,785,502
高屏分區	7,287,741,469	8,065,540,107	8,321,915,028		23,675,196,604
東區分區	1,182,179,496	1,445,643,229	1,486,675,189		4,114,497,914
小 計	49,523,525,233	51,590,893,671	52,627,227,839		153,741,646,743

註:1. 調整後第1季(BD4_q1)=[(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、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款(RS_0)

2. 調整後第2季(BD4_q2)=[(D4)×(V)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款_門診(RS_0)

※110年第2季分區預算，依近3年(107-109年)第2季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)×(V)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)
+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	23,129,664,455	23,832,952,920	23,919,949,974		70,882,567,349
北區分區	9,300,041,698	9,592,462,687	9,777,823,150		28,670,327,535
中區分區	12,199,637,507	13,688,691,294	13,983,820,327		39,872,149,128
南區分區	9,858,516,410	10,052,643,097	10,238,723,979		30,149,883,486
高屏分區	10,470,632,178	10,983,231,868	11,282,996,707		32,736,860,753
東區分區	2,027,457,795	1,970,198,551	2,017,070,461		6,014,726,807
小 計	66,985,950,043	70,120,180,417	71,220,384,598		208,326,515,058

註:1. 調整後第1季(BD3_q1)=[(D3)× 45%× (R)]+ [(D3)× 55%× (S)] +其他醫療服務利用及密集度之改變(區域級(含)以上醫院加護病床之護理費)+風險調整移撥款(RS_I)

2. 調整後第2季(BD3_q2)=[(D3)×(V)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸、地區醫院假日、夜間門診案件)+風險調整移撥款_門診(RS_0)

※110年第2季分區預算，依近3年(107-109年)第2季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率(V)詳頁次26。

註：

1. 依衛生福利部110年11月10日衛保字第1100144234號函暨110年8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」110年第2次會議決議，醫院總額部門110年第3季結算方式略以，各分區預算依近3年(107-109年)第3季平均跨區費用占率校正為各分區就醫別之預算。
2. 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費用總額。
3. 各分區第1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2季預算：以前述調整後季預算數乘近3年(107-109年)第2季平均跨區費用占率；各分區第3季預算：以前述調整後季預算數乘近3年(107-109年)第3季平均跨區費用占率。
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、費用年月110年6月(含)前之門住診一般服務各分區核定浮動及非浮動點數

(一)非偏遠地區門住診一般服務各分區核定浮動及非浮動點數

1.1. 醫院費用年月110年3月(含)前一般服務點數及110年4-6月追扣補付點數

就醫分區	核定浮動點數	前一季就醫 分區浮動點值	核定浮動點數 ×前一季就醫分區點值	核定非浮動點數	收入
	(BF11)	(P11)	(AF11)=(BF11×P11)	(BG11)	(S11)=(AF11+BG11)
臺北分區	69,046,195	0.84337637	58,231,929	40,859,605	99,091,534
北區分區	-7,184,677	0.91816732	-6,596,736	-3,299,317	-9,896,053
中區分區	-4,455,200	0.87486476	-3,897,697	-473,839	-4,371,536
南區分區	4,143,428	0.91792306	3,803,348	1,203,402	5,006,750
高屏分區	-4,106,366	0.93010980	-3,819,371	-3,511,255	-7,330,626
東區分區	4,482,794	0.87406521	3,918,254	5,103,377	9,021,631
合計	61,926,174		51,639,727	39,881,973	91,521,700

1.2. 醫院費用年月110年4-6月補報、申復、爭議審議案件核定點數

就醫分區	核定浮動點數	分區點值	核定浮動點數 ×分區點值	核定非浮動點數	核定非浮動點數 ×分區點值	收入
	(BF12)	(P12)	(AF12)= (BF12×P12)	(BG12)	(AF13)= (BG12×P12)	(S12)=(AF12 +AF13)
臺北分區	133,108	0.00000000	0	42,532	0	0
北區分區	1,086	0.00000000	0	141	0	0
中區分區	234,328	0.00000000	0	27,568	0	0
南區分區	350	0.00000000	0	0	0	0
高屏分區	108,056	0.00000000	0	6,628	0	0
東區分區	103,824	0.00000000	0	162,876	0	0
合計	580,752		0	239,745	0	0

1.3. 交付機構核定點數

就醫分區	110年3月(含)前 核定浮動點數	前一季就醫 分區浮動點值	110年3月(含)前 核定浮動點數 ×前一季就醫分區點值	110年4-6月 核定浮動點數	110年6月(含)前 核定非浮動點數	收入
	(BF13)	(P13)	(AF14)= (BF13×P13)	(BF14)	(BG13)	(S13)= (AF14+BF14+BG13)
臺北分區	9,562	0.84337637	8,064	536,378	75,865,395	76,409,837
北區分區	3,362	0.91816732	3,087	144,187	17,143,058	17,290,332
中區分區	7,998	0.87486476	6,997	405,522	57,826,813	58,239,332
南區分區	-3,690	0.91792306	-3,387	306,982	44,998,804	45,302,399
高屏分區	1,005	0.93010980	935	22,263	7,436,446	7,459,644
東區分區	1,130	0.87406521	988	968	150,005	151,961
合計	19,367		16,684	1,416,300	203,420,521	204,853,505

1.9. 合計醫院非偏遠地區門住診一般服務各分區核定浮動及非浮動點數

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	收入
	(BF1)= (BF11+BF12 +BF13+BF14)	(BG1)= (BG11+BG12 +BG13)	(S1)= (S11+S12+S13)
臺北分區	69,725,243	116,767,532	175,501,371
北區分區	-7,036,042	13,843,882	7,394,279
中區分區	-3,807,352	57,380,542	53,867,796
南區分區	4,447,070	46,202,206	50,309,149
高屏分區	-3,975,042	3,931,819	129,018
東區分區	4,588,716	5,416,258	9,173,592
合計	63,942,593	243,542,239	296,375,205

(二)偏遠地區門住診一般服務各分區核定浮動及非浮動點數

2.1. 醫院費用年月110年3月(含)前一般服務點數及110年4-6月追扣補付點數

就醫分區	核定浮動點數	前一季就醫 分區平均點值	核定浮動點數 ×前一季就醫分區點值	核定非浮動點數	收入
	(BF21)	(P21)	(AF21)=(BF21×P21)	(BG21)	(S21)=(AF21+BG21)
臺北分區	1,260,033	0.91658808	1,154,931	619,612	1,774,543
北區分區	0	0.94850985	0	0	0
中區分區	-395,320	0.92896216	-367,237	-1,100,165	-1,467,402
南區分區	0	0.95107826	0	0	0
高屏分區	-18,563	0.95624887	-17,751	-3,177	-20,928
東區分區	59,342	0.92829304	55,087	18,232	73,319
合計	905,492		825,030	-465,498	359,532

2.2. 醫院費用年月110年4-6月補報、申復、爭議審議案件核定點數

就醫分區	核定浮動點數	分區點值	核定浮動點數 ×分區點值	核定非浮動點數	核定非浮動點數 ×分區點值	收入
	(BF22)	(P22)	(AF22)= (BF22×P22)	(BG22)	(AF23)= (BG22×P22)	(S22)=(AF22 +AF23)
臺北分區	0	0.00000000	0	0	0	0
北區分區	0	0.00000000	0	0	0	0
中區分區	800	0.00000000	0	28,721	0	0
南區分區	0	0.00000000	0	0	0	0
高屏分區	0	0.00000000	0	0	0	0
東區分區	582	0.00000000	0	0	0	0
合計	1,382		0	28,721	0	0

2.3. 交付機構核定點數

就醫分區	110年3月(含)前 核定浮動點數	前一季就醫 分區平均點值	110年3月(含)前 核定浮動點數 ×前一季就醫分區點值	110年4-6月 核定浮動點數	110年6月(含)前 核定非浮動點數	收入
	(BF23)	(P23)	(AF24)= (BF23×P23)	(BF24)	(BG23)	(S23)= (AF24+BF24+BG23)
臺北分區	0	0.91658808	0	0	0	0
北區分區	0	0.94850985	0	0	0	0
中區分區	0	0.92896216	0	0	0	0
南區分區	0	0.95107826	0	0	0	0
高屏分區	0	0.95624887	0	0	0	0
東區分區	0	0.92829304	0	0	0	0
合計	0		0	0	0	0

2.9. 合計醫院偏遠地區門住診一般服務各分區核定浮動及非浮動點數

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	收入
	(BF2)= (BF21+BF22 +BF23+BF24)	(BG2)= (BG21+BG22 +BG23)	(S2)= (S21+S22+S23)
臺北分區	1,260,033	619,612	1,774,543
北區分區	0	0	0
中區分區	-394,520	-1,071,444	-1,467,402
南區分區	0	0	0
高屏分區	-18,563	-3,177	-20,928
東區分區	59,924	18,232	73,319
合計	906,874	-436,777	359,532

註:依據110年8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」110年第2次會議決定(議)如下:

- 110年6月以前醫院及交付機構一般服務收入：醫院及交付機構納入110年第3季結算，費用年月110年6月(含)以前之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務案件分攤後醫療費用點數，除費用年月110年4-6月之交付機構以1點1元計算外，其餘以110年第1季「就醫」分區點值計算之收入。
- 費用年月110年4-6月醫院一般服務未及納入110年第2季結算者，自結算季110年第3季起補報、申復、爭議審議案件之收入以0計。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3018r04

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：111/02/10

110年第3季

結算主要費用年月起迄:110/07-110/09

核付截止日期:110/11/30

頁次：40

五、各分區一般服務預算支出情形

分 區	調整後 分區門診一般 服務預算總額 (BD4_q3)	調整後 分區住診一般 服務預算總額 (BD3_q3)	調整後 分區門住診一般 服務預算總額 (BD5) =(BD3_q3)+(BD4_q3)	110年6月(含) 前非偏遠地區 門住診收入 (S1)	110年6月(含) 前偏遠地區 門住診收入 (S2)	自墊核退金額 (BJ)
臺北分區	17,663,500,520	23,919,949,974	41,583,450,494	175,501,371	1,774,543	20,561,302
北區分區	7,214,188,672	9,777,823,150	16,992,011,822	7,394,279	0	6,792,700
中區分區	10,322,394,330	13,983,820,327	24,306,214,657	53,867,796	-1,467,402	9,839,109
南區分區	7,618,554,100	10,238,723,979	17,857,278,079	50,309,149	0	3,122,494
高屏分區	8,321,915,028	11,282,996,707	19,604,911,735	129,018	-20,928	3,548,709
東區分區	1,486,675,189	2,017,070,461	3,503,745,650	9,173,592	73,319	420,763
全 區	52,627,227,839	71,220,384,598	123,847,612,437	296,375,205	359,532	44,285,077

分 區	第1階段 110年7-9月 醫院一般服務 實際保障收入 (S3)	110年7-9月 交付機構一 般服務收入 (S4)	第2階段 醫院特定醫 療服務收入 (S5)	第3階段 剩餘款再分 配之收入 (S6)	藥品給付 協議金額 (S7)	結算金額 (T) =S1+S2+BJ+S3 +S4+S5+S6-S7
臺北分區	36,507,622,840	2,872,314,248	2,005,676,190	0	0	41,583,450,494
北區分區	15,335,105,890	909,698,241	599,330,770	218,435,642	84,745,699	16,992,011,823
中區分區	22,302,369,247	1,020,416,500	68,508,775	985,335,510	132,654,881	24,306,214,654
南區分區	16,074,870,129	1,081,475,018	603,930,623	193,570,685	150,000,019	17,857,278,079
高屏分區	17,718,051,251	884,560,116	432,219,729	716,423,869	150,000,028	19,604,911,736
東區分區	3,275,329,272	113,314,942	104,657,286	50,223,148	49,446,672	3,503,745,650
全 區	111,213,348,629	6,881,779,065	3,814,323,373	2,163,988,854	566,847,299	123,847,612,436(因四捨五入致結算金額 與預算總額(BD5)有差值)

110年第3季各分區藥品給付協議分配金額：臺北分區：0、北區分區：84,745,701、中區分區：132,654,879、南區分區：150,000,000、高屏分區：150,000,000、東區分區：49,446,671(因四捨五入致藥品給付協議金額(S7)有差值)

註：依衛生福利部110年11月10日衛保字第1100144234號函暨110年8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」110年第2次會議決議，醫院總額部門110年第3季結算方式說明如下：

1. 110年第3季(費用年月7-9月)醫院總額一般服務之收入以1點1元計算與109年同期(費用年月7-9月)比較，未至109年同期之9成者，保障至109年同期之9成；超過109年同期9成者依此金額給付，上限為109年同期。
 - (1)費用年月109年7-9月收入：納入109年及110年第1季結算之費用年月109年7月~9月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。
 - (2)費用年月110年7-9月收入：納入110年第3季結算之費用年月110年7月~9月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務點數分攤後核定醫療費用點數，以1點1元計算之收入。
2. 110年1~9月違反特約管理辦法38-40條所列違規情事之醫院不予保障，另分區管控、109年基期異常【較基期大幅減少者(人員(醫師數)、設備(病床數)、人數、服務項目)、申報(交付)異常或有不適當轉診(人球)或關診等情事調整其保障收入。
3. 第2階段各醫院特定醫療服務收入：依據各分區共管會議決議，考量新設醫院、成長型醫院、特殊醫院服務之剛性需求、配合防疫受影響等因素分配之收入。
4. 第3階段剩餘款再分配收入：經扣除第1、2階段分配、醫院總額交付機構收入、費用年月110年6月以前醫院及交付機構收入及自墊核退之剩餘預算，依據各分區共管會議決議分配之收入及藥品給付協議金額。
5. 110年7-9月交付機構一般服務收入：納入110年第3季結算之費用年月110年7~9月之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務案件分攤後核定醫療費用點數，以1點1元計算之收入。
6. 110年6月以前醫院及交付機構一般服務收入：醫院及交付機構納入110年第3季結算，費用年月110年6月(含)以前之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務案件分攤後醫療費用點數，除費用年月110年4-6月之交付機構以1點1元計算外，其餘以110年第1季「就醫」分區點值計算之收入。
7. 費用年月110年4-6月醫院一般服務未及納入110年第2季結算者，自結算季110年第3季起補報、申復、爭議審議案件之收入以0計；費用年月110年7-9月一般服務未及納入110年第3季結算者，自結算季110年第4季起補報、申復、爭議審議案件之收入以0計。
8. 110年第3季醫院總額部門(含交付機構)結算之核付截止日為110年11月30日。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 - 費用年月110/06(含)以前:於110/09/01~110/11/30期間核付者。
 - 費用年月110/07~110/09:於110/07/01~110/11/30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。