

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 112年調整後第 3 季醫院一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 112\text{年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_q3) \\ &= 513,217,294,944 \times 25.611838\% \\ &= 131,444,382,169 \text{ (D)} \end{aligned}$$

註：

1. 依據111年11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」111年第4次會議決定，112年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照111年採107-109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. 112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、112年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)及風險調整移撥款]為513,217,294,944元。
 - (1)112年第1季調整後預算 $122,797,517,558 = 513,217,294,944 \times 23.927003\% (h_q1)$ 。
 - (2)112年第2季調整後預算 $126,297,669,774 = 513,217,294,944 \times 24.609005\% (h_q2)$ 。
 - (3)112年第3季調整後預算 $131,444,382,169 = 513,217,294,944 \times 25.611838\% (h_q3)$ 。
 - (4)112年第4季調整後預算 $= 112\text{年全年預算數} - 112\text{年第1季調整後預算} - 112\text{年第2季調整後預算} - 112\text{年第3季調整後預算} = 132,677,725,443$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

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：113/02/19

112年第3季

結算主要費用年月起迄：112/07-112/09

核付截止日期：112/12/31

頁次：2

(二) 112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	110年	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1)	111年調整	110年各季校正 投保人口預估 成長率差值	111年違反 特管辦法之扣 款(註2)	112年調整
	調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額			前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)			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 + 3.049%)			= (G0 + B3 + B4) × (1 + 3.092%)
第1季	116,740,351,630	-93,595,109	3,427,583	120,206,848,217	-379,520,331	4,130,740	123,536,647,327
第2季	125,029,328,061	-194,526,324	3,427,583	128,644,546,932	-561,210,606	4,130,740	132,047,931,548
第3季	122,332,208,808	-226,343,758	3,427,583	125,832,404,965	-583,394,849	4,130,740	129,125,967,971
第4季	123,553,324,124	-461,600,182	3,427,581	126,848,322,693	-717,637,079	4,130,741	130,034,904,876
合計	487,655,212,623	-976,065,373	13,710,330	501,532,122,807	-2,241,762,865	16,522,961	514,745,451,722

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	112年醫院 附設門診部 回歸醫院 (註4)	112年風險 調整移 撥款(註5)	112年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(G1)
				= (G) - (E) - (F) - (H)
第1季	92,954,852	134,863,455	150,000,000	123,158,829,020
第2季	99,662,029	134,863,455	150,000,000	131,663,406,064
第3季	97,555,436	134,863,455	150,000,000	128,743,549,080
第4季	98,530,640	134,863,456	150,000,000	129,651,510,780
合計	388,702,957	539,453,821	600,000,000	513,217,294,944

註：

1. 111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0) = (110年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1) + 109年各季校正投保人口預估成長率差值(B1) + 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(B2)) × (1 + 3.049%)。

(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」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。

(2) 110年違反特管辦法之扣款(B2) 13,710,330元，採四季均分。

- (3)依據111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。
2. 112年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(111年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+110年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) + 111年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4))×(1+3.092%)。
- (1)一般服務成長率為3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.250%，協商因素成長率0.842%。
- (2)依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後111年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110年未導入預算扣減」部分。
- (3)111年違反特管辦法之扣款(B4) 16,522,961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. 112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)：539,453,821
- (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)112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(=111年預算523,274,183元×(1+3.092%)，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)112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(=111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1+3.092%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算333,645,926元(=111年南區預算323,639,008元×(1+3.092%))。
5. 風險調整移撥款(H)：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，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) 112年第3季門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」)

= (111年第3季醫院門診透析服務預算) \times (1+2.405%)

= (5,778,000,469) \times (1+2.405%)

= 5,916,961,380

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(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)

※112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，併入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 (C2)

註：腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(六) 因應長新冠照護衍生費用之各季預算

全年預算 40百萬元。

= 40,000,000/4

= 10,000,000 (C3)

註：因應長新冠照護衍生費用預算額度為40百萬元，本項經費以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應；支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

=====

(七) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增之各季預算

全年預算 1,000百萬元。

= 1,000,000,000/4

= 250,000,000 (C4)

註：因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增預算額度為1,000百萬元，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(八) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)之各季預算

全年預算 2,000百萬元。

= 2,000,000,000/4

= 500,000,000 (C5)

※112年第3季促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)尚未導入，預算= 0(C5)

註：促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)預算額度為2,000百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

二、專款專用費用總額

(一) 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：	12,432	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	12,432
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	12,432	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	12,432

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	438,856,788	住診第1季已支用點數：	2,536,970	門住診合計第1季已支用點數：	441,393,758
第2季已支用點數：	509,321,053	第2季已支用點數：	2,906,120	第2季已支用點數：	512,227,173
第3季已支用點數：	538,706,790	第3季已支用點數：	2,617,220	第3季已支用點數：	541,324,010
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：	1,486,884,631	全年已支用點數：	8,060,310	全年已支用點數：	1,494,944,941

3. 已支用點數合計(X1)

門診第1季已支用點數：	438,856,788	住診第1季已支用點數：	2,536,970	門住診合計第1季已支用點數：	441,393,758
第2季已支用點數：	509,321,053	第2季已支用點數：	2,906,120	第2季已支用點數：	512,227,173
第3季已支用點數：	538,719,222	第3季已支用點數：	2,617,220	第3季已支用點數：	541,336,442
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：	1,486,897,063	全年已支用點數：	8,060,310	全年已支用點數：	1,494,957,373

4. 藥品給付協議(Y1)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	110,499,080	第2季金額：	624,098	第2季金額：	111,123,178
第3季金額：	205,002,284	第3季金額：	1,004,317	第3季金額：	206,006,601
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	315,501,364	全年金額：	1,628,415	全年金額：	317,129,779

5. 實際已支用金額(T1=X1-Y1)

門診第1季已支用金額：	438,856,788	住診第1季已支用金額：	2,536,970	門住診合計第1季已支用金額：	441,393,758
第2季已支用金額：	398,821,973	第2季已支用金額：	2,282,022	第2季已支用金額：	401,103,995
第3季已支用金額：	333,716,938	第3季已支用金額：	1,612,903	第3季已支用金額：	335,329,841
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	1,171,395,699	全年已支用金額：	6,431,895	全年已支用金額：	1,177,827,594

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,494,957,373 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) - \text{支應西醫基層總額同項專款} \\ &= 3,428,000,000 - (1,494,957,373 - 317,129,779) - 52,320,417 \\ &= 3,428,000,000 - 1,177,827,594 - 52,320,417 \\ &= 2,197,851,989 \end{aligned}$$

註：

- 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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 = 13,943百萬元(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(X2)

門診第1季已支用點數：	1,910,957,561	住診第1季已支用點數：	261,339,152	門住診合計第1季已支用點數：	2,172,296,713
第2季已支用點數：	1,918,491,780	第2季已支用點數：	358,299,552	第2季已支用點數：	2,276,791,332
第3季已支用點數：	2,090,407,484	第3季已支用點數：	511,376,591	第3季已支用點數：	2,601,784,075
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：	5,919,856,825	全年已支用點數：	1,131,015,295	全年已支用點數：	7,050,872,120

1.2 藥品給付協議(Y2)

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	14,529,154	第2季金額：	40,283,542	第2季金額：	54,812,696
第3季金額：	1,738,176	第3季金額：	0	第3季金額：	1,738,176
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	16,267,330	全年金額：	40,283,542	全年金額：	56,550,872

1.3 實際已支用金額(T2=X2-Y2)

門診第1季已支用金額：	1,910,957,561	住診第1季已支用金額：	261,339,152	門住診合計第1季已支用金額：	2,172,296,713
第2季已支用金額：	1,903,962,626	第2季已支用金額：	318,016,010	第2季已支用金額：	2,221,978,636
第3季已支用金額：	2,088,669,308	第3季已支用金額：	511,376,591	第3季已支用金額：	2,600,045,899
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	5,903,589,495	全年已支用金額：	1,090,731,753	全年已支用金額：	6,994,321,248

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 7,050,872,120 - 56,550,872 \\ &= 6,994,321,248 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數(X3)

門診第1季已支用點數：	967,155,491	住診第1季已支用點數：	41,222,805	門住診合計第1季已支用點數：	1,008,378,296
第2季已支用點數：	932,844,592	第2季已支用點數：	37,953,794	第2季已支用點數：	970,798,386
第3季已支用點數：	992,516,351	第3季已支用點數：	65,726,236	第3季已支用點數：	1,058,242,587
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：	2,892,516,434	全年已支用點數：	144,902,835	全年已支用點數：	3,037,419,269

2.2 藥品給付協議(Y3)

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

2.3 實際已支用金額(T3=X3-Y3)

門診第1季已支用金額：	967,155,491	住診第1季已支用金額：	41,222,805	門住診合計第1季已支用金額：	1,008,378,296
第2季已支用金額：	932,844,592	第2季已支用金額：	37,953,794	第2季已支用金額：	970,798,386
第3季已支用金額：	992,516,351	第3季已支用金額：	65,726,236	第3季已支用金額：	1,058,242,587
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	2,892,516,434	全年已支用金額：	144,902,835	全年已支用金額：	3,037,419,269

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 3,037,419,269 - 0 \\ &= 3,037,419,269 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	560,000	門住診合計第1季已支用點數：	560,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	140,000	第2季已支用點數：	140,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	560,000	第3季已支用點數：	560,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	1,260,000	全年已支用點數：	1,260,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,260,000 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

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：113/02/19

112年第3季

結算主要費用年月起迄：112/07—112/09

核付截止日期：112/12/31

頁次：9

4. 合計

4.1 已支用點數(X4)

門診第1季已支用點數：2,878,113,052	住診第1季已支用點數：303,121,957	門住診合計第1季已支用點數：3,181,235,009
第2季已支用點數：2,851,336,372	第2季已支用點數：396,393,346	第2季已支用點數：3,247,729,718
第3季已支用點數：3,082,923,835	第3季已支用點數：577,662,827	第3季已支用點數：3,660,586,662
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：8,812,373,259	全年已支用點數：1,277,178,130	全年已支用點數：10,089,551,389

4.2 藥品給付協議(Y4)

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：14,529,154	第2季金額：40,283,542	第2季金額：54,812,696
第3季金額：1,738,176	第3季金額：0	第3季金額：1,738,176
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：16,267,330	全年金額：40,283,542	全年金額：56,550,872

4.3 實際已支用金額(T4=X4-Y4)

門診第1季已支用金額：2,878,113,052	住診第1季已支用金額：303,121,957	門住診合計第1季已支用金額：3,181,235,009
第2季已支用金額：2,836,807,218	第2季已支用金額：356,109,804	第2季已支用金額：3,192,917,022
第3季已支用金額：3,081,185,659	第3季已支用金額：577,662,827	第3季已支用金額：3,658,848,486
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：8,796,105,929	全年已支用金額：1,236,894,588	全年已支用金額：10,033,000,517

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)
= 10,089,551,389	= 13,943,000,000	— (10,089,551,389	— 56,550,872)
	= 13,943,000,000	— 10,033,000,517	
	= 3,909,999,483		

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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。

(三)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 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(X5)

門診第1季已支用點數：1,097,731,626	住診第1季已支用點數：205,130	門住診合計第1季已支用點數：1,097,936,756
第2季已支用點數：1,091,350,391	第2季已支用點數：348,897	第2季已支用點數：1,091,699,288
第3季已支用點數：1,107,238,734	第3季已支用點數：312,780	第3季已支用點數：1,107,551,514
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：3,296,320,751	全年已支用點數：866,807	全年已支用點數：3,297,187,558

2. 藥品給付協議(Y5)

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：5,494,015	第3季金額：6,292	第3季金額：5,500,307
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：5,494,015	全年金額：6,292	全年金額：5,500,307

3. 實際已支用金額(T5=X5-Y5)

門診第1季已支用金額：1,097,731,626	住診第1季已支用金額：205,130	門住診合計第1季已支用金額：1,097,936,756
第2季已支用金額：1,091,350,391	第2季已支用金額：348,897	第2季已支用金額：1,091,699,288
第3季已支用金額：1,101,744,719	第3季已支用金額：306,488	第3季已支用金額：1,102,051,207
第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0	第4季已支用金額：0
全年已支用金額：3,290,826,736	全年已支用金額：860,515	全年已支用金額：3,291,687,251

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,297,187,558 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 5,257,000,000 - (3,297,187,558 - 5,500,307) \\ &= 5,257,000,000 - 3,291,687,251 \\ &= 1,965,312,749 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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：	617,441,808	住診第1季已支用點數：	592,845,195	門住診合計第1季已支用點數：	1,210,287,003
第2季已支用點數：	600,816,303	第2季已支用點數：	639,257,483	第2季已支用點數：	1,240,073,786
第3季已支用點數：	616,671,603	第3季已支用點數：	689,179,838	第3季已支用點數：	1,305,851,441
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：	1,834,929,714	全年已支用點數：	1,921,282,516	全年已支用點數：	3,756,212,230

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,756,212,230 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,451,847,770 \end{aligned}$$

註：如預算不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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。

(五) 醫療給付改善方案 全年預算=1,643.4百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	12,804	門住診合計第1季已支用點數：	12,804
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	40,567,300	第2季已支用點數：	40,567,300
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	40,580,104	全年已支用點數：	40,580,104

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 40,580,104$$

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	12,677,200	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	12,677,200
第2季已支用點數：	13,111,620	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	13,111,620
第3季已支用點數：	12,908,600	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	12,908,600
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	38,697,420	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	38,697,420

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 38,697,420$$

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：	156,819,399	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	156,819,399
第2季已支用點數：	160,242,789	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	160,242,789
第3季已支用點數：	162,398,550	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	162,398,550
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：	479,460,738	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	479,460,738

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 479,460,738$$

3.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

門診第1季已支用點數：	31,105,080	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	31,105,080
第2季已支用點數：	37,628,160	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	37,628,160
第3季已支用點數：	43,530,280	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	43,530,280
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：	112,263,520	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	112,263,520

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 112,263,520

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：	187,924,479	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	187,924,479
第2季已支用點數：	197,870,949	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	197,870,949
第3季已支用點數：	205,928,830	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	205,928,830
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：	591,724,258	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	591,724,258

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 591,724,258

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	10,168,991	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,168,991
第2季已支用點數：	10,600,765	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,600,765
第3季已支用點數：	10,938,329	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,938,329
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：	31,708,085	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	31,708,085

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 31,708,085

5. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

門診第1季已支用點數：	8,241,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,241,800
第2季已支用點數：	7,777,760	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,777,760
第3季已支用點數：	8,416,900	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,416,900
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：	24,436,460	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	24,436,460

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 24,436,460

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：	7,228,800	門住診合計第1季已支用點數：	7,228,800
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	12,947,640	第2季已支用點數：	12,947,640
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	9,772,200	第3季已支用點數：	9,772,200
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：	29,948,640	全年已支用點數：	29,948,640

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,948,640

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	677,000
第2季已支用點數：	693,000
第3季已支用點數：	758,000
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	2,128,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,128,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	7,939,257	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,939,257
第2季已支用點數：	8,320,780	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,320,780
第3季已支用點數：	8,293,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,293,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	24,553,037	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	24,553,037

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 24,553,037

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=90百萬元

9.1 重症加護臨床藥事照護費 全年預算=63百萬元

第1季：預算= 63,000,000/4= 15,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,806,100 門住診合計已支用點數： 19,806,100

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 19,806,100未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= -4,056,100

第1季暫結點值 = 第1季預算 / 第1季已支用點數 = 15,750,000 / 19,806,100 = 0.79520956

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 20,419,920 門住診合計已支用點數： 20,419,920

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 20,419,920未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= -4,669,920

第2季暫結點值 = 第2季預算 / 第2季已支用點數 = 15,750,000 / 20,419,920 = 0.77130567

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 20,098,490 門住診合計已支用點數： 20,098,490

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 20,098,490未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= -4,348,490

第3季暫結點值 = 第3季預算 / 第3季已支用點數 = 15,750,000 / 20,098,490 = 0.78364096

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 63,000,000/4+ 0= 15,750,000

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4季預算 - 暫結金額
= 15,750,000

全年合計：

全年預算 = 63,000,000

已支用點數： 60,324,510

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)

= 15,750,000 + 15,750,000 + 15,750,000 + 0 = 47,250,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 63,000,000 - 47,250,000 = 15,750,000

9.2門診臨床藥事照護費及一般病床臨床藥事照護費 全年預算=27百萬元

第1季：預算= 27,000,000/4= 6,750,000

門診已支用點數： 409,550 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 409,550

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 409,550未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 6,340,450

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 6,340,450= 13,090,450

門診已支用點數： 509,400 住診已支用點數： 22,220 門住診合計已支用點數： 531,620

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 531,620未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 12,558,830

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 12,558,830= 19,308,830

門診已支用點數： 505,600 住診已支用點數： 68,420 門住診合計已支用點數： 574,020

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 574,020未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 18,734,810

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 27,000,000/4+ 18,734,810= 25,484,810

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
= 25,484,810

全年合計：

全年預算 = 27,000,000

已支用點數： 1,515,190

暫結金額 = 第1~4季暫結金額

= 409,550 + 531,620 + 574,020 + 0 = 1,515,190

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 27,000,000 - 1,515,190 = 25,484,810

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

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：113/02/19

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：16

9.9合計：

門診第1季已支用點數：	409,550	住診第1季已支用點數：	19,806,100	門住診合計第1季已支用點數：	20,215,650
第2季已支用點數：	509,400	第2季已支用點數：	20,442,140	第2季已支用點數：	20,951,540
第3季已支用點數：	505,600	第3季已支用點數：	20,166,910	第3季已支用點數：	20,672,510
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：	1,424,550	全年已支用點數：	60,415,150	全年已支用點數：	61,839,700

暫結金額 = 48,765,190
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 90,000,000 - 48,765,190
 = 41,234,810

註：依據112年3月6日健保醫字第1120103392號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，112年預算分配，醫學中心及區域醫院為6,300萬元，地區醫院為2,700萬元；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。於年度結束後進行全年結算，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：	228,038,277	住診第1季已支用點數：	27,047,704	門住診合計第1季已支用點數：	255,085,981
第2季已支用點數：	238,884,274	第2季已支用點數：	73,957,080	第2季已支用點數：	312,841,354
第3季已支用點數：	247,749,259	第3季已支用點數：	29,939,110	第3季已支用點數：	277,688,369
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：	714,671,810	全年已支用點數：	130,943,894	全年已支用點數：	845,615,704

門診第1季暫結金額：	228,038,277	住診第1季暫結金額：	22,991,604	門住診合計第1季暫結金額：	251,029,881
第2季暫結金額：	238,884,274	第2季暫結金額：	69,287,160	第2季暫結金額：	308,171,434
第3季暫結金額：	247,749,259	第3季暫結金額：	25,590,620	第3季暫結金額：	273,339,879
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：	714,671,810	全年暫結金額：	117,869,384	全年暫結金額：	832,541,194

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)
 = 251,029,881 + 308,171,434 + 273,339,879 + 0
 = 832,541,194
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 1,643,400,000 - 832,541,194
 = 810,858,806

=====

(六)急診品質提升方案 全年預算= 300百萬元

預估品質獎勵費用： 180,000,000

第1季：預算=(全年預算 - 預估品質獎勵費用)/4
 =(300,000,000 - 180,000,000)/4 = 30,000,000

	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：	8,998,836	8,998,836	0
(2)轉診品質獎勵：	7,883,201	7,883,201	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：	16,882,037	16,882,037	0
2. 住診：			
(1)急診重大疾病照護品質：	11,109,952	11,109,952	0
(2)轉診品質獎勵：	1,067,587	1,067,587	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：	12,177,539	12,177,539	0
3. 門住診合計：			
(1)急診重大疾病照護品質：	20,108,788	20,108,788	0
(2)轉診品質獎勵：	8,950,788	8,950,788	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：	29,059,576	29,059,576	0

已支用點數= 29,059,576

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,059,576

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 30,000,000 - 29,059,576 = 940,424

$$\begin{aligned} \text{第2季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (300,000,000 - 180,000,000) / 4 + 940,424 = 30,940,424 \end{aligned}$$

	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：	9,399,829	9,399,829	0
(2) 轉診品質獎勵：	8,079,999	8,079,999	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：	17,479,828	17,479,828	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	10,114,000	10,114,000	0
(2) 轉診品質獎勵：	1,425,006	1,425,006	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	11,539,006	11,539,006	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	19,513,829	19,513,829	0
(2) 轉診品質獎勵：	9,505,005	9,505,005	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：	29,018,834	29,018,834	0

已支用點數 = 29,018,834

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 29,018,834

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 30,940,424 - 29,018,834 = 1,921,590

$$\begin{aligned} \text{第3季：預算} &= (\text{全年預算} - \text{預估品質獎勵費用}) / 4 + \text{前一季未支用金額} \\ &= (300,000,000 - 180,000,000) / 4 + 1,921,590 = 31,921,590 \end{aligned}$$

	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：	9,384,730	9,384,730	0
(2) 轉診品質獎勵：	8,832,429	8,832,429	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：	18,217,159	18,217,159	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	10,712,840	10,712,840	0
(2) 轉診品質獎勵：	1,484,870	1,484,870	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	12,197,710	12,197,710	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	20,097,570	20,097,570	0
(2) 轉診品質獎勵：	10,317,299	10,317,299	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：	30,414,869	30,414,869	0

已支用點數 = 30,414,869

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 30,414,869

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點 × 第3季已支用點數 = 31,921,590 - 30,414,869 = 1,506,721

第4季：預算 = (全年預算 - 預估品質獎勵費用) / 4 + 前一季未支用金額 + 預估品質獎勵金費用
 = (300,000,000 - 180,000,000) / 4 + 1,506,721 + 180,000,000 = 211,506,721

	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：	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：			
(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：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	0	0	0
(2) 轉診品質獎勵：	0	0	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	0	0	0

已支用點數 = 0
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0
 未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點 × 第4季已支用點數 = 211,506,721 - 0 = 211,506,721

全年合計：

全年預算=300,000,000

	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：	27,783,395	27,783,395	0
(2) 轉診品質獎勵：	24,795,629	24,795,629	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：	52,579,024	52,579,024	0
2. 住診：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	31,936,792	31,936,792	0
(2) 轉診品質獎勵：	3,977,463	3,977,463	0
(3) 急診處置效率品質獎勵：	0	0	0
(4) 補助急診專科醫師人力：	0	0	0
(5) 合計：	35,914,255	35,914,255	0
3. 門住診合計：			
(1) 急診重大疾病照護品質：	59,720,187	59,720,187	0
(2) 轉診品質獎勵：	28,773,092	28,773,092	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：	88,493,279	88,493,279	0
暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)			
= 29,059,576 + 29,018,834 + 30,414,869 + 0 = 88,493,279			
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額			
= 300,000,000 - 88,493,279 = 211,506,721			

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第4季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

(七)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) (併入一般服務費用結算)

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 210,000,000 - 0 = 210,000,000 \end{aligned}$$

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。

(八)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 7,093,054(J1)
 (2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2： 已支用點數 7,362,869(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 9,242,000(J3)
 (4)合計： 已支用點數 23,697,923(J9)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 23,697,923 \quad \text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = 1,302,077$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 100,000,000/4 + 1,302,077 = 26,302,077$$

(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 6,930,521(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 7,751,653(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 10,322,500(K3)
 (4)合計： 已支用點數 25,004,674(K9)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 25,004,674 \quad \text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = 1,297,403$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 100,000,000/4 + 1,297,403 = 26,297,403$$

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1： 已支用點數 7,359,219(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 7,949,575(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 10,808,500(L3)
 (4)合計： 已支用點數 26,117,294(L9)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 26,117,294 \quad \text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = 180,109$$

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=	100,000,000/4+	180,109=	25,180,109
(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= 25,180,109

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	21,382,794(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	23,064,097(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	30,373,000(N3)
(4)合計:	已支用點數	74,819,891(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)=		74,819,891
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額		
= 100,000,000 - 74,819,891 =		25,180,109

註：依據「112年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(九)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=1,100百萬元

第1季已支用點數：200,831,533

第2季已支用點數：199,485,381

第3季已支用點數：193,027,362

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：593,344,276

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 593,344,276

未支用金額=全年預算-暫結金額= 506,655,724

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)。

(十)鼓勵院所建立轉診合作機制

全年預算=224.7百萬元

第1季:

預算=224,700,000/4= 56,175,000

已支用點數： 49,084,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 49,084,750

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 7,090,250

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 7,090,250= 63,265,250

已支用點數： 54,940,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 54,940,000

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 8,325,250

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 8,325,250= 64,500,250

已支用點數： 56,097,750

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 56,097,750

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 8,402,500

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=224,700,000/4+ 8,402,500= 64,577,500

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

= 64,577,500

全年合計:

全年預算 = 224,700,000

已支用點數： 160,122,500

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 49,084,750 + 54,940,000 + 56,097,750 + 0 = 160,122,500

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 224,700,000 - 160,122,500 = 64,577,500

註:

1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8億元)按季支應，每季最多支應2億元(8億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十一)網路頻寬補助費用

全年預算=200百萬元

第1季已支用點數： 37,298,235

第2季已支用點數： 37,350,443

第3季已支用點數： 37,478,679

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 112,127,357

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 112,127,357

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 112,127,357 = 87,872,643

註：經費如有不足，依據112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下支應。

(十二)腹膜透析追蹤處置費及APD租金(併入一般服務費用結算)

全年預算 15百萬元

第1季:

預算 = 15,000,000/4 = 3,750,000

已支用點數： 1,649,786

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,649,786

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 2,100,214

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 2,100,214 = 5,850,214

已支用點數： 1,490,885

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,490,885

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 4,359,329

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 15,000,000/4 + 4,359,329 = 8,109,329

已支用點數： 1,230,474

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,230,474

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 6,878,855

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 15,000,000/4 + 6,878,855 = 10,628,855$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 10,628,855 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 4,371,145$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 1,649,786 + 1,490,885 + 1,230,474 + 0 = 4,371,145$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 15,000,000 - 4,371,145 = 10,628,855$$

註:

1. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金預算額度為 15百萬元，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
2. 預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季該分區實際執行總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區實際執行總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十三)住院整合照護服務試辦計畫

全年預算 560.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 560,000,000/4 = 140,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 54,553,748$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 54,553,748 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 85,446,252 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 560,000,000/4 + 85,446,252 = 225,446,252$$

$$\text{已支用點數} = 51,205,500$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 51,205,500 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 174,240,752 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

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：113/02/19

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：28

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 174,240,752= 314,240,752

已支用點數： 60,750,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 60,750,000

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 253,490,752

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 560,000,000/4+ 253,490,752= 393,490,752

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
= 393,490,752

全年合計:

全年預算 = 560,000,000

已支用點數： 166,509,248

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 54,553,748+ 51,205,500+ 60,750,000+ 0= 166,509,248

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 560,000,000 - 166,509,248 = 393,490,752

註：依據本署112年5月23日健保醫字第1120109664號公告修訂「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

(十四)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(X6)

門診第1季已支用點數：	356,043,992	住診第1季已支用點數：	88,307,195	門住診合計第1季已支用點數：	444,351,187
第2季已支用點數：	364,085,546	第2季已支用點數：	96,922,107	第2季已支用點數：	461,007,653
第3季已支用點數：	398,420,651	第3季已支用點數：	104,891,099	第3季已支用點數：	503,311,750
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：	1,118,550,189	全年已支用點數：	290,120,401	全年已支用點數：	1,408,670,590

2. 藥品給付協議(Y6)

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：	35,000,096	第3季已支用點數：	7,685,305	第3季已支用點數：	42,685,401
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：	35,000,096	全年已支用點數：	7,685,305	全年已支用點數：	42,685,401

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r04

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：113/02/19

112年第3季

結算主要費用年月起迄：112/07-112/09

核付截止日期：112/12/31

頁次：29

3. 實際已支用金額(T6=X6-Y6)

門診第1季已支用金額：	356,043,992	住診第1季已支用金額：	88,307,195	門住診合計第1季已支用金額：	444,351,187
第2季已支用金額：	364,085,546	第2季已支用金額：	96,922,107	第2季已支用金額：	461,007,653
第3季已支用金額：	363,420,555	第3季已支用金額：	97,205,794	第3季已支用金額：	460,626,349
第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0	第4季已支用金額：	0
全年已支用金額：	1,083,550,093	全年已支用金額：	282,435,096	全年已支用金額：	1,365,985,189

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,408,670,590 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 2,664,000,000 - (1,408,670,590 - 42,685,401) \\ &= 2,664,000,000 - 1,365,985,189 \\ &= 1,298,014,811 \end{aligned}$$

- 註：1. 經費如有不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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

1. 個案獎勵 全年預算=100.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 100,000,000 - 0 = 100,000,000

2. 醫院評比獎勵 全年預算=200.0百萬元

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×全年已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 200,000,000 - 0 = 200,000,000

3. 合計

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

合計已支用點數： 0

暫結金額 = 0

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

註：

- 依據衛生福利部中央健康保險署111年10月24日健保醫字第1110118145號公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，自111年10月1日起生效，本計畫獎勵費用(RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用)由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。
- 本獎勵費用採年度結算，分個案獎勵及醫院評比獎勵，個案獎勵以當年度本專款之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。醫院評比獎勵以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(十六)因應長新冠照護衍生費用(併入一般服務費用結算)

全年預算= 40.0百萬元

16.1 MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若當年預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為當年預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

16.2 剩餘款支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

剩餘款預算= 40,000,000

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若剩餘款預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為剩餘款預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

16.3 剩餘款支應接受新冠照護之個案醫療費用

剩餘款預算= 40,000,000

門診全年已支用點數： 0 住診全年已支用點數： 0 門住診全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

若剩餘款預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為剩餘款預算

未支用金額=全年預算-暫結金額 = 40,000,000 - 0 = 40,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據112年8月30日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第3次會議決議，本項專款之預算優先支應於使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數，再支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，如有剩餘款則支應112年COVID-19確診個案醫療費用點數；本案預算採全年結算。

(1)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數：

支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0-19歲(就醫日期年一保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。

(2)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

支應前開項目後，預算如有剩餘，支應費用年月112年12月之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)

(3)接受新冠照護之個案：支應前開項目後，如有剩餘則支應COVID-19確診個案，院所申報主次要診斷碼為ICD-10-CM M35.8或U09.9之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)。【符合項目(一)者不再重複計算】

3. 結算方式：各項目依序由本預算支應，採全年結算，依各項目全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第四季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第四季該分區一般服務費用結算。

(十七)因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(併入一般服務費用結算)

全年預算 1,000.0百萬元

第1季:

預算 = $1,000,000,000/4 = 250,000,000$

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額 = $250,000,000 - 0 = 250,000,000$

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000$

已支用點數： 8,874,691

暫結金額 = 8,874,691

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額 = $500,000,000 - 8,874,691 = 491,125,309$

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,000,000,000/4 + 491,125,309 = 741,125,309$

已支用點數： 5,829,770

暫結金額 = 5,829,770

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額 = $741,125,309 - 5,829,770 = 735,295,539$

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $1,000,000,000/4 + 735,295,539 = 985,295,539$

已支用點數： 0

暫結金額 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額 = $985,295,539 - 0 = 985,295,539$

全年合計:

已支用點數： 14,704,461

暫結金額 = 14,704,461

若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，暫結金額為各季預算。

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = $1,000,000,000 - 14,704,461 = 985,295,539$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費1,000百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第1次會議決議，本項專款支應疑似陽性個案後續為確診而執行CT之費用，且依實際執行CT之分區別併入一般結算。預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十八)促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(併入一般服務費用結算)

全年預算 2,000.0百萬元

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x已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 2,000,000,000 - 0 = 2,000,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費2,000百萬元。本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

2. 依據本署113年1月18日健保醫字第1130101262號公告「全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫」，配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材（SUD）相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用，為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備等成本，優先調整受影響之 73 項診療項目支付點數，業於112年11月1日生效。惟上述診療項目生效前，部分健保案件單次使用醫材之使用成本由醫療院所自行吸收，為減輕醫療院所配合政策而增加之財務負擔，爰擬訂本計畫，針對特約院所112年1月至10月期間申報上開 73 項診療項目者，得申請補貼。
實施期間：費用年月112年1月至112年10月，並將納入112年第4季結算。

3. 依據衛生福利部112年8月30日以衛部保字第1121260319號令公告，小兒外科專科醫師診治未滿19歲之病人，其部分住院診察費比照適用兒科專科醫師加成規範相關支付標準由本項專款支應，自同年10月1日起生效。

(十九)癌症治療品質改善計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算 402.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 402,000,000/4 = 100,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 100,500,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 402,000,000/4 + 100,500,000 = 201,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 201,000,000 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 402,000,000/4 + 201,000,000 = 301,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 301,500,000 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 402,000,000/4 + 301,500,000 = 402,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 402,000,000 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 402,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 0 + 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 402,000,000 - 0 = 402,000,000$$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費402百萬元。本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2. 依據112年5月19日健保醫字第1120109476號公告新增「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，並自112年6月1日起生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(二十)慢性傳染病照護品質計畫(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

全年預算 180.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 180,000,000/4 = 45,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 45,000,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 180,000,000/4 + 45,000,000 = 90,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,783,250$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,783,250 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 88,216,750 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 180,000,000/4 + 88,216,750 = 133,216,750$$

$$\text{已支用點數} = 14,435,530$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 14,435,530 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 118,781,220 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 180,000,000/4 + 118,781,220 = 163,781,220$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 163,781,220 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 180,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,218,780$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 0 + 1,783,250 + 14,435,530 + 0 = 16,218,780$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 180,000,000 - 16,218,780 = 163,781,220$$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費180百萬元。本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

2. 依據112年6月1日健保醫字第1120110379號公告公告新增「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫」，並自112年6月1日生效。

3. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(二十一)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年預算 500.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 500,000,000/4 = 125,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 125,000,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 500,000,000/4 + 125,000,000 = 250,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 250,000,000 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 500,000,000/4 + 250,000,000 = 375,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 375,000,000 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 500,000,000/4 + 375,000,000 = 500,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 500,000,000 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 500,000,000\text{元}$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 0 + 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 500,000,000 - 0 = 500,000,000$$

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費500百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

2. 依據衛生福利部中央健康保險署112年9月26日健保醫字第1120119309號公告新增「112年全民健康保險醫院醫療給付費用總額」健全區域級(含)

以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」：

- (1)實施期間：112年1月1日至112年12月31日。
- (2)本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下10億元支應。
- (3)本計畫涉地區醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。
- (4)結算方式：本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月112年1月至12月之補付差額點數（申報日期於113年2月29日前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二十二)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

全年預算 1,000.0百萬元

第1季:

$$\text{預算} = 1,000,000,000/4 = 250,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$= 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 250,000,000$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 250,000,000 = 500,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$= 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 500,000,000$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 500,000,000 = 750,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$= 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 750,000,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 1,000,000,000/4 + 750,000,000 = 1,000,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$= 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 1,000,000,000$$

=====

全年合計：

全年預算 = 1,000,000,000元

已支用點數：0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,000,000,000 - 0 = 1,000,000,000

註：1. 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項專款全年經費1,000百萬元。本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

2. 依據衛生福利部中央健康保險署112年9月26日健保醫字第1120119309號公告新增「112年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」：

(1) 實施期間：112年1月1日至112年12月31日。

(2) 本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下10億元支應。

(3) 本計畫涉地區醫院之診療項目，由112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下5億元支應。

(4) 結算方式：本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人統一計算自費用年月112年1月至12月之補付差額點數（申報日期於113年2月29日前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二十三) 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 + 112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%) + 975,300,000

= (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% + 975,300,000

= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 975,300,000

= 1,364,002,957

※ 依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，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112年度之品質保證保留款(975.3百萬元)合併運用(計1,364百萬元)。

三、112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	112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	112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	123,158,829,020	5,650,802,746	0	70,845,297,471	52,313,531,549
第2季	131,663,406,064	6,059,213,066	0	75,747,440,522	55,915,965,542
第3季	128,743,549,080	5,916,961,380	0	74,063,280,753	54,680,268,327
第4季	0	0	0	0	0
合計	383,565,784,164	17,626,977,192	0	220,656,018,746	162,909,765,418

註：1. 112年各季門診透析服務預算(B) = 111年各季門診透析服務×(1+2.405%)。

112年第1季門診透析服務預算(B) = 5,518,092,619×(1+2.405%) = 5,650,802,746。

112年第2季門診透析服務預算(B) = 5,916,911,348×(1+2.405%) = 6,059,213,066。

112年第3季門診透析服務預算(B) = 5,778,000,469×(1+2.405%) = 5,916,961,380。

112年第4季門診透析服務預算(B) = 5,845,432,132×(1+2.405%) = 5,986,014,775。

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	112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	112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	122,797,517,558	5,650,802,746	0	70,646,576,167	52,150,941,391
第2季	126,297,669,774	6,059,213,066	0	72,796,285,562	53,501,384,212
第3季	131,444,382,169	5,916,961,380	0	75,548,738,952	55,895,643,217
第4季	0	0	0	0	0
合計	380,539,569,501	17,626,977,192	0	218,991,600,681	161,547,968,820

註：1. 112年各季門診透析服務預算(B) = 111年各季門診透析服務×(1+2.405%)。

112年第1季門診透析服務預算(B) = 5,518,092,619×(1+2.405%) = 5,650,802,746。

112年第2季門診透析服務預算(B) = 5,916,911,348×(1+2.405%) = 6,059,213,066。

112年第3季門診透析服務預算(B) = 5,778,000,469×(1+2.405%) = 5,916,961,380。

112年第4季門診透析服務預算(B) = 5,845,432,132×(1+2.405%) = 5,986,014,775。

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)

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	0.37149	0.37224	0.37314	
	北區分區	0.15294	0.15319	0.15328	
	中區分區	0.17617	0.17664	0.17704	
	南區分區	0.13414	0.13399	0.13339	
	高屏分區	0.14217	0.14105	0.14051	
	東區分區	0.02309	0.02289	0.02264	
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.35004	0.35096	0.35179	
	北區分區	0.16035	0.16023	0.16068	
	中區分區	0.18061	0.18060	0.18045	
	南區分區	0.13640	0.13600	0.13539	
	高屏分區	0.15001	0.14969	0.14927	
	東區分區	0.02259	0.02252	0.02242	
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 111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。

1.2 112年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	49,064,553	49,064,553	49,064,553	49,064,554	196,258,213
高屏分區	153,040	153,040	153,040	153,039	612,159
東區分區	2,234,381	2,234,381	2,234,381	2,234,380	8,937,523
小計(K0)	51,451,974	51,451,974	51,451,974	51,451,973	205,807,895
南區分區(K1)	83,411,481	83,411,481	83,411,481	83,411,483	333,645,926
合計(KD)=(K0+K1)	134,863,455	134,863,455	134,863,455	134,863,456	539,453,821

註：1. 112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算539,453,821元(=111年預算523,274,183元×(1+112年度一般服務成長率3.092%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 112年臺北、高屏、東區預算205,807,895元(=111年臺北、高屏、東區預算199,635,175元×(1+112年度一般服務成長率3.092%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算333,645,926元(=111年南區預算323,639,008元×(1+112年度一般服務成長率3.092%))，按四季均分。

4. 112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	40,041,945	40,041,945	40,041,945	40,041,945	160,167,780
北區分區	17,225,723	17,225,723	17,225,723	17,225,722	68,902,891
中區分區	22,257,020	22,257,020	22,257,020	22,257,019	89,028,079
南區分區	18,810,558	18,810,558	18,810,558	18,810,557	75,242,231
高屏分區	25,808,226	25,808,226	25,808,226	25,808,225	103,232,903
東區分區	25,856,528	25,856,528	25,856,528	25,856,532	103,426,116
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	160,167,780	160,167,780
北區分區	17,225,723	17,225,723	17,225,723	17,225,722	68,902,891
中區分區	21,355,039	19,831,333	21,566,439	26,275,268	89,028,079
南區分區	0	0	0	75,242,231	75,242,231
高屏分區	0	0	0	103,232,903	103,232,903
東區分區	19,387,550	18,428,950	21,458,998	44,150,618	103,426,116
合計	57,968,312	55,486,006	60,251,160	426,294,522	600,000,000

註：1. 依據112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」112年第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112年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。

2. 各季各分區風險調整移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額=各季調整移撥款總金額(6億/4)減去五分區移撥款分配總金額。

3. 第4季各分區風險調整移撥款分配金額=年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。

4. 調整臺北、中區及南區及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112年5月9日院協審字第11210020號函辦理，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。

(2) 中區：依據醫院醫療服務審查執行會中區分會112年5月11日院協審字第11230022號函辦理，調整112年各季分配金額，Q1為21,355,039元、Q2為19,831,333元、Q3為21,566,439元、Q4為26,275,268元。

(3) 南區：依據111年12月9日南區醫院總額111年第4次共管會議決議辦理，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112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112年第2次會議決議，112年Q1至Q3各季風險移撥款保留至112年Q4結算。

(5) 東區：依據112年東區醫院總額風險調整移撥款計畫各項計畫會議討論決議辦理，調整112年各季分配金額，Q1為19,387,550元、Q2為18,428,950元、Q3為21,458,998元、Q4為44,150,618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	72,075,501	72,075,501
北區分區	7,751,575	7,751,575	7,751,575	7,751,575	31,006,300
中區分區	9,609,768	8,924,100	9,704,898	11,823,871	40,062,637
南區分區	0	0	0	33,859,004	33,859,004
高屏分區	0	0	0	46,454,806	46,454,806
東區分區	8,724,397	8,293,027	9,656,549	19,867,778	46,541,751
合計	26,085,740	24,968,702	27,113,022	191,832,535	269,999,999
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	0	0	0	88,092,279	88,092,279
北區分區	9,474,148	9,474,148	9,474,148	9,474,147	37,896,591
中區分區	11,745,271	10,907,233	11,861,541	14,451,397	48,965,442
南區分區	0	0	0	41,383,227	41,383,227
高屏分區	0	0	0	56,778,097	56,778,097
東區分區	10,663,153	10,135,923	11,802,449	24,282,840	56,884,365
合計	31,882,572	30,517,304	33,138,138	234,461,987	330,000,001
3. 門住診合計	57,968,312	55,486,006	60,251,160	426,294,522	600,000,000

5. 112年總額公告專款導入一般服務之預算

5.1 腹膜透析追蹤處置費及APD租金各分區分配金額_住診

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	835,349	688,015	545,773	0	2,069,137
北區分區	196,403	244,319	191,199	0	631,921
中區分區	171,413	170,416	150,647	0	492,476
南區分區	227,947	223,621	191,501	0	643,069
高屏分區	165,177	97,162	94,213	0	356,552
東區分區	53,497	67,352	57,141	0	177,990
小計	1,649,786	1,490,885	1,230,474	0	4,371,145

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.2 因應長新冠照護衍生費用各分區分配金額

分 區	全年合計	占率	調整後分配金額
1. 因應長新冠照護衍生費用_門診			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		
2. 因應長新冠照護衍生費用_住診			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		
3. 門住診合計			
臺北分區	0		
北區分區	0		
中區分區	0		
南區分區	0		
高屏分區	0		
東區分區	0		
合計	0		

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨112年3月1日醫院總額研商議事會議112年第1次研商議事會議決議，本項經費採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，以併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年預算不足支應時，則按當年各分區補助總點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務預算結算。

5.3 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增各分區分配金額

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診					
臺北分區	0	3,186,604	2,084,547	0	5,271,151
北區分區	0	984,789	652,555	0	1,637,344
中區分區	0	2,087,720	1,197,190	0	3,284,910
南區分區	0	998,545	652,460	0	1,651,005
高屏分區	0	1,093,260	865,165	0	1,958,425
東區分區	0	118,845	52,535	0	171,380
合計	0	8,469,763	5,504,452	0	13,974,215
2. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診					
臺北分區	0	78,945	52,440	0	131,385
北區分區	0	57,494	35,245	0	92,739
中區分區	0	94,335	76,437	0	170,772
南區分區	0	34,010	7,600	0	41,610
高屏分區	0	119,909	145,236	0	265,145
東區分區	0	20,235	8,360	0	28,595
合計	0	404,928	325,318	0	730,246
3. 門住診合計					
臺北分區	0	3,265,549	2,136,987	0	5,402,536
北區分區	0	1,042,283	687,800	0	1,730,083
中區分區	0	2,182,055	1,273,627	0	3,455,682
南區分區	0	1,032,555	660,060	0	1,692,615
高屏分區	0	1,213,169	1,010,401	0	2,223,570
東區分區	0	139,080	60,895	0	199,975
合計	0	8,874,691	5,829,770	0	14,704,461

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

5.4 促進醫療服務診療項目支付衡平性各分區分配金額

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
2. 促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0
3. 門住診合計					
臺北分區	0	0	0	0	0
北區分區	0	0	0	0	0
中區分區	0	0	0	0	0
南區分區	0	0	0	0	0
高屏分區	0	0	0	0	0
東區分區	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

註：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行情形併入一般服務費用結算。

(五)調整前分區門住診一般服務預算總額

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)×52%×(R)]+[(D2)×48%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)
+風險調整移撥款_門診(RS_0)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

分 區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	19,602,293,240	20,979,673,550	20,496,801,335		61,078,768,125
北區分區	7,323,066,573	7,832,118,034	7,666,966,256		22,822,150,863
中區分區	9,284,443,180	9,988,925,108	9,790,971,137		29,064,339,425
南區分區	7,324,483,115	7,794,259,920	7,605,947,268		22,724,690,303
高屏分區	7,701,228,019	8,160,079,031	7,990,702,164		23,852,009,214
東區分區	1,238,966,617	1,329,211,819	1,296,361,096		3,864,539,532
小 計	52,474,480,744	56,084,267,462	54,847,749,256		163,406,497,462

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)×45%×(R)+(D1)×55%×(S)]+風險調整移撥款_住診(RS_I)+112年總額公告專款導入一般
服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案
後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

分 區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	24,539,237,653	26,385,115,443	25,678,115,460		76,602,468,556
北區分區	9,959,963,426	10,695,732,511	10,401,371,388		31,057,067,325
中區分區	12,881,319,196	13,748,652,050	13,447,686,197		40,077,657,443
南區分區	10,344,633,212	11,006,398,613	10,794,663,049		32,145,694,874
高屏分區	11,034,461,949	11,670,890,348	11,553,444,677		34,258,796,974
東區分區	2,119,214,393	2,273,064,674	2,222,693,912		6,614,972,979
小 計	70,878,829,829	75,779,853,639	74,097,974,683		220,756,658,151

(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42；風險調整移撥款，詳頁次43。
2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 52%× (R)]+ [(D4)× 48%× (S)] + 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸) + 風險調整移撥款(RS_0)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(因應長新冠照護衍生費用_門診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_門診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_門診)

分 區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	19,541,521,917	20,075,978,820	20,951,245,563		60,568,746,300
北區分區	7,300,330,615	7,494,286,234	7,837,192,635		22,631,809,484
中區分區	9,255,617,050	9,558,055,625	10,008,352,117		28,822,024,792
南區分區	7,301,977,905	7,461,330,685	7,773,135,697		22,536,444,287
高屏分區	7,677,293,122	7,807,761,674	8,168,288,368		23,653,343,164
東區分區	1,235,149,977	1,272,273,094	1,324,909,766		3,832,332,837
小 計	52,311,890,586	53,669,686,132	56,063,124,146		162,044,700,864

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× (R)]+ [(D3)× 55%× (S)] + 風險調整移撥款(RS_I)+112年總額公告專款導入一般服務之預算(腹膜透析追蹤處置費及APD租金_住診、因應長新冠照護衍生費用_住診、因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增_住診、促進醫療服務診療項目支付衡平性_住診)

分 區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	24,470,407,350	25,357,169,147	26,193,119,361		76,020,695,858
北區分區	9,932,052,820	10,279,402,752	10,609,793,057		30,821,248,629
中區分區	12,845,220,478	13,213,433,537	13,717,158,712		39,775,812,727
南區分區	10,315,617,119	10,577,594,321	11,011,163,383		31,904,374,823
高屏分區	11,003,510,708	11,216,195,575	11,785,162,787		34,004,869,070
東區分區	2,113,300,050	2,184,903,347	2,267,035,582		6,565,238,979
小 計	70,680,108,525	72,828,698,679	75,583,432,882		219,092,240,086

說明：

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

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	11,861,353,903(BF1)	0.90711477	-----	12,183,070,157	4,714,798
	2-北區分區	1,243,182,594	0.90711477	1,127,709,293	1,290,189,902	
	3-中區分區	545,684,368	0.90711477	494,998,350	579,407,693	
	4-南區分區	329,938,800	0.90711477	299,292,359	373,166,963	
	5-高屏分區	397,280,757	0.90711477	360,379,243	439,252,202	
	6-東區分區	95,998,938	0.90711477	87,082,055	95,713,650	
	7-合計	14,473,439,360(GF1)		2,369,461,300(AF1)	14,960,800,567(BG1)	4,714,798(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	947,957,688	0.90711477	859,906,420	1,028,139,336	
	2-北區分區	3,596,847,344(BF1)	0.90711477	-----	4,031,461,800	2,762,190
	3-中區分區	338,948,319	0.90711477	307,465,026	354,738,616	
	4-南區分區	141,179,207	0.90711477	128,065,744	140,550,415	
	5-高屏分區	94,662,812	0.90711477	85,870,035	105,856,966	
	6-東區分區	24,561,398	0.90711477	22,280,007	24,639,554	
	7-合計	5,144,156,768(GF1)		1,403,587,232(AF1)	5,685,386,687(BG1)	2,762,190(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	261,365,304	0.90711477	237,088,328	277,363,144	
	2-北區分區	113,530,938	0.90711477	102,985,591	137,268,393	
	3-中區分區	5,731,999,974(BF1)	0.90711477	-----	6,325,078,277	2,086,265
	4-南區分區	161,837,670	0.90711477	146,805,341	194,366,304	
	5-高屏分區	79,300,075	0.90711477	71,934,269	92,381,807	
	6-東區分區	15,247,703	0.90711477	13,831,417	16,855,121	
	7-合計	6,363,281,664(GF1)		572,644,946(AF1)	7,043,313,046(BG1)	2,086,265(BJ1)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	254,360,177	0.90711477	230,733,873	285,885,626	
	2-北區分區	88,872,038	0.90711477	80,617,138	99,978,359	
	3-中區分區	242,417,237	0.90711477	219,900,256	267,309,596	
	4-南區分區	3,896,518,821(BF1)	0.90711477	-----	4,734,742,912	1,633,009
	5-高屏分區	197,364,298	0.90711477	179,032,070	239,662,259	
	6-東區分區	12,068,720	0.90711477	10,947,714	13,273,194	
	7-合計	4,691,601,291(GF1)		721,231,051(AF1)	5,640,851,946(BG1)	1,633,009(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	149,152,337	0.90711477	135,298,288	163,033,954	
	2-北區分區	57,966,405	0.90711477	52,582,182	63,316,620	
	3-中區分區	96,272,249	0.90711477	87,329,979	102,144,042	
	4-南區分區	256,544,008	0.90711477	232,714,859	269,655,114	
	5-高屏分區	4,478,823,071(BF1)	0.90711477	-----	5,141,479,219	1,182,747
	6-東區分區	20,193,316	0.90711477	18,317,655	19,344,096	
	7-合計	5,058,951,386(GF1)		526,242,963(AF1)	5,758,973,045(BG1)	1,182,747(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	72,776,722	0.90711477	66,016,839	72,675,488	
	2-北區分區	24,902,582	0.90711477	22,589,500	26,453,904	
	3-中區分區	17,216,441	0.90711477	15,617,288	19,240,190	
	4-南區分區	9,544,794	0.90711477	8,658,224	12,515,822	
	5-高屏分區	26,389,188	0.90711477	23,938,022	32,092,854	
	6-東區分區	755,372,304(BF1)	0.90711477	-----	807,872,291	594,097
	7-合計	906,202,031(GF1)		136,819,873(AF1)	970,850,549(BG1)	594,097(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	62,435,166(BF2)	0.93323998	58,266,993	66,910,465
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	12,877,145(BF2)	0.94394463	12,155,312	17,124,299
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	692,195(BF2)	0.96355066	666,965	409,129
	6-東區分區	5,485,712(BF2)	0.94960717	5,209,271	4,489,698
	7-合計	81,490,218(GF2)		76,298,541(AF2)	88,933,591(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,387,774(BF2)	0.93323998	1,295,126	1,226,372
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	4,576,664(BF2)	0.94394463	4,320,117	6,163,454
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	143,187(BF2)	0.96355066	137,968	113,262
	6-東區分區	1,348,820(BF2)	0.94960717	1,280,849	1,125,727
	7-合計	7,456,445(GF2)		7,034,060(AF2)	8,628,815(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	648,758(BF2)	0.93323998	605,447	960,578
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	192,673,253(BF2)	0.94394463	181,872,883	253,864,784
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	96,097(BF2)	0.96355066	92,594	134,852
	6-東區分區	1,203,049(BF2)	0.94960717	1,142,424	840,024
	7-合計	194,621,157(GF2)		183,713,348(AF2)	255,800,238(BG2)

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數	
4-南區分區	1-臺北分區	403,381(BF2)	0.93323998	376,451	718,567
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	7,599,020(BF2)	0.94394463	7,173,054	10,955,884
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	327,461(BF2)	0.96355066	315,525	247,638
	6-東區分區	1,302,426(BF2)	0.94960717	1,236,793	1,008,010
	7-合計	9,632,288(GF2)		9,101,823(AF2)	12,930,099(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	924,799(BF2)	0.93323998	863,059	1,303,661
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	2,078,790(BF2)	0.94394463	1,962,263	3,269,271
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	13,675,824(BF2)	0.96355066	13,177,349	10,648,934
	6-東區分區	1,117,652(BF2)	0.94960717	1,061,330	1,046,599
	7-合計	17,797,065(GF2)		17,064,001(AF2)	16,268,465(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	191,291(BF2)	0.93323998	178,520	246,083
	2-北區分區	0(BF2)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	416,425(BF2)	0.94394463	393,082	663,002
	4-南區分區	0(BF2)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	41,702(BF2)	0.96355066	40,182	64,752
	6-東區分區	15,125,022(BF2)	0.94960717	14,362,829	15,824,807
	7-合計	15,774,440(GF2)		14,974,613(AF2)	16,798,644(BG2)

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	10,537,476,940(BF3)	0.90711477	-----	6,809,587,289	18,816,866
	2-北區分區	1,061,290,412	0.90711477	962,712,208	777,653,030	
	3-中區分區	503,176,851	0.90711477	456,439,153	369,612,757	
	4-南區分區	322,228,091	0.90711477	292,297,861	196,008,078	
	5-高屏分區	355,850,455	0.90711477	322,797,204	258,353,065	
	6-東區分區	130,489,747	0.90711477	118,369,177	71,471,962	
	7-合計	12,910,512,496(GF3)		2,152,615,603(AF3)	8,482,686,181(BG3)	18,816,866(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	970,640,758	0.90711477	880,482,568	666,667,043	
	2-北區分區	3,451,484,742(BF3)	0.90711477	-----	2,384,151,455	9,239,929
	3-中區分區	389,578,779	0.90711477	353,392,665	273,718,940	
	4-南區分區	125,785,868	0.90711477	114,102,219	74,802,352	
	5-高屏分區	101,138,362	0.90711477	91,744,102	67,264,946	
	6-東區分區	42,262,071	0.90711477	38,336,549	22,697,887	
	7-合計	5,080,890,580(GF3)		1,478,058,103(AF3)	3,489,302,623(BG3)	9,239,929(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	287,200,931	0.90711477	260,524,206	183,250,831	
	2-北區分區	121,505,473	0.90711477	110,219,409	90,651,044	
	3-中區分區	6,083,225,433(BF3)	0.90711477	-----	4,153,643,116	7,017,958
	4-南區分區	169,557,385	0.90711477	153,808,008	102,673,700	
	5-高屏分區	85,987,638	0.90711477	78,000,656	61,798,345	
	6-東區分區	24,885,768	0.90711477	22,574,248	12,498,893	
	7-合計	6,772,362,628(GF3)		625,126,527(AF3)	4,604,515,929(BG3)	7,017,958(BJ3)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	295,492,655	0.90711477	268,045,752	189,030,202	
	2-北區分區	86,491,815	0.90711477	78,458,003	55,798,549	
	3-中區分區	340,139,193	0.90711477	308,545,286	235,991,957	
	4-南區分區	4,661,657,770(BF3)	0.90711477	-----	2,729,739,792	4,811,754
	5-高屏分區	240,057,464	0.90711477	217,759,671	164,183,252	
	6-東區分區	19,591,365	0.90711477	17,771,617	10,568,977	
	7-合計	5,643,430,262(GF3)		890,580,329(AF3)	3,385,312,729(BG3)	4,811,754(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	175,489,951	0.90711477	159,189,527	113,959,781	
	2-北區分區	52,849,057	0.90711477	47,940,160	36,805,708	
	3-中區分區	113,562,691	0.90711477	103,014,394	72,785,903	
	4-南區分區	303,266,931	0.90711477	275,097,912	169,326,951	
	5-高屏分區	5,292,112,671(BF3)	0.90711477	-----	3,508,273,129	3,090,345
	6-東區分區	28,425,783	0.90711477	25,785,448	13,069,740	
	7-合計	5,965,707,084(GF3)		611,027,441(AF3)	3,914,221,212(BG3)	3,090,345(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	95,050,784	0.90711477	86,221,970	62,815,411	
	2-北區分區	31,658,690	0.90711477	28,718,065	22,854,457	
	3-中區分區	22,014,735	0.90711477	19,969,891	15,305,143	
	4-南區分區	11,361,937	0.90711477	10,306,581	8,559,503	
	5-高屏分區	44,640,331	0.90711477	40,493,904	31,053,344	
	6-東區分區	922,819,974(BF3)	0.90711477	-----	574,952,578	856,128
	7-合計	1,127,546,451(GF3)		185,710,411(AF3)	715,540,436(BG3)	856,128(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	83,918,860(BF4)	0.93323998	78,316,435	60,018,814
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	8,943,350(BF4)	0.94394463	8,442,027	6,993,350
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	947,773(BF4)	0.96355066	913,227	714,639
	6-東區分區	14,837,170(BF4)	0.94960717	14,089,483	3,267,881
	7-合計	108,647,153(GF4)		101,761,172(AF4)	70,994,684(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	1,649,257(BF4)	0.93323998	1,539,153	811,708
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	3,589,941(BF4)	0.94394463	3,388,706	2,483,146
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	665,144(BF4)	0.96355066	640,900	520,596
	6-東區分區	6,387,580(BF4)	0.94960717	6,065,692	1,321,222
	7-合計	12,291,922(GF4)		11,634,451(AF4)	5,136,672(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	667,301(BF4)	0.93323998	622,752	492,794
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	188,881,884(BF4)	0.94394463	178,294,040	127,604,729
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	379,725(BF4)	0.96355066	365,884	349,238
	6-東區分區	7,939,778(BF4)	0.94960717	7,539,670	1,037,738
	7-合計	197,868,688(GF4)		186,822,346(AF4)	129,484,499(BG4)

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數	
4-南區分區	1-臺北分區	740,956(BF4)	0.93323998	691,490	431,056
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	5,407,014(BF4)	0.94394463	5,103,922	5,230,238
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	1,587,072(BF4)	0.96355066	1,529,224	1,014,874
	6-東區分區	8,870,719(BF4)	0.94960717	8,423,698	1,679,924
	7-合計	16,605,761(GF4)		15,748,334(AF4)	8,356,092(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	713,602(BF4)	0.93323998	665,962	571,670
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	1,412,730(BF4)	0.94394463	1,333,539	1,390,516
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	55,754,573(BF4)	0.96355066	53,722,356	34,020,414
	6-東區分區	7,815,090(BF4)	0.94960717	7,421,265	1,475,704
	7-合計	65,695,995(GF4)		63,143,122(AF4)	37,458,304(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	694,303(BF4)	0.93323998	647,951	611,749
	2-北區分區	0(BF4)	0.95016192	0	0
	3-中區分區	1,182,749(BF4)	0.94394463	1,116,450	433,349
	4-南區分區	0(BF4)	0.98698010	0	0
	5-高屏分區	519,266(BF4)	0.96355066	500,339	412,973
	6-東區分區	43,649,014(BF4)	0.94960717	41,449,417	14,104,487
	7-合計	46,045,332(GF4)		43,714,157(AF4)	15,562,558(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)

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [20,951,245,563 + 26,193,119,361 - 4,522,076,903 - (23,443,486,748 - 911,865,875) \\ &\quad - 178,059,713 - 159,928,275 - 23,531,664] / 22,398,830,843 = 0.88081149 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{北區分區} &= [7,837,192,635 + 10,609,793,057 - 2,881,645,335 - (9,174,689,310 - 312,648,169) \\ &\quad - 18,668,511 - 13,765,487 - 12,002,119] / 7,048,332,086 = 0.94474310 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{中區分區} &= [10,008,352,117 + 13,717,158,712 - 1,197,771,473 - (11,647,828,975 - 458,146,018) \\ &\quad - 370,535,694 - 385,284,737 - 9,104,223] / 11,815,225,407 = 0.89487347 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{南區分區} &= [7,773,135,697 + 11,011,163,383 - 1,611,811,380 - (9,026,164,675 - 380,036,209) \\ &\quad - 24,850,157 - 21,286,191 - 6,444,763] / 8,558,176,591 = 0.99013827 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{高屏分區} &= [8,168,288,368 + 11,785,162,787 - 1,137,270,404 - (9,673,194,257 - 357,433,381) \\ &\quad - 80,207,123 - 53,726,769 - 4,273,092] / 9,770,935,742 = 0.95816953 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{東區分區} &= [1,324,909,766 + 2,267,035,582 - 322,530,284 - (1,686,390,985 - 45,392,769) \\ &\quad - 58,688,770 - 32,361,202 - 1,450,225] / 1,678,192,278 = 0.91522090 \end{aligned}$$

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)

$$\begin{aligned} &= [56,063,124,146 + 75,583,432,882 - (65,318,107,611 - 2,465,522,421) - 56,806,086] / 74,912,008,465 \\ &= 0.91757206 \end{aligned}$$

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 = [20,951,245,563 + 26,193,119,361] / [27,574,089,227 + 23,603,415,023 - 911,865,875 + 23,531,664] = 0.93746556

北區分區 = [7,837,192,635 + 10,609,793,057] / [10,244,795,715 + 9,188,454,797 - 312,648,169 + 12,002,119] = 0.96416490

中區分區 = [10,008,352,117 + 13,717,158,712] / [13,528,134,137 + 12,033,113,712 - 458,146,018 + 9,104,223] = 0.94478003

南區分區 = [7,773,135,697 + 11,011,163,383] / [10,361,269,602 + 9,047,450,866 - 380,036,209 + 6,444,763] = 0.98682279

高屏分區 = [8,168,288,368 + 11,785,162,787] / [11,108,151,530 + 9,726,921,026 - 357,433,381 + 4,273,092] = 0.97419864

東區分區 = [1,324,909,766 + 2,267,035,582] / [2,095,568,254 + 1,718,752,187 - 45,392,769 + 1,450,225] = 0.95267516

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [56,063,124,146 + 75,583,432,882] / [74,912,008,465 + 65,318,107,611 - 2,465,522,421 + 56,806,086] = 0.95519678

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)]

= [56,063,124,146 + 75,583,432,882 + 7,895,749,123]

／[74,912,008,465 + 65,318,107,611 - 2,465,522,421 + 56,806,086 + 7,900,097,613]

= 0.95759588

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 + 急診品質提升方案暫結金額 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 住院整合照護服務試辦計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額 + 癌症治療品質改善計畫暫結金額 + 慢性傳染病照護品質計畫暫結金額 + 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額 + 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額 + 品質保證保留款預算

= 335,329,841 + 3,658,848,486 + 1,102,051,207 + 1,305,851,441 + 273,339,879 + 30,414,869 + 26,117,294 + 193,027,362 + 56,097,750 + 37,478,679 + 60,750,000 + 460,626,349 + 0 + 0 + 14,435,530 + 0 + 0 + 341,380,436 = 7,895,749,123

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。

3. 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 + 112年品質保證保留款預算 / 4。

5. 註1專款專用暫結金額，係指不包括112年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/06(含)以前：於112/10/01~112/12/31期間核付者。

費用年月112/07~112/09：於112/07/01~112/12/31期間核付者。

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