

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R04

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：108/11/05

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 108年調整後第 2 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=108年調整前第 2 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 各季預算占率(h_q2)

= 439,020,578,615 × 24.973738%

= 109,639,849,069 (D)

註：

1. 依據107年11月21日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」107年第4次會議決定，108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23.786178%、第2季24.973738%、第3季25.364080%、第4季25.876004%。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. 108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、108年其他醫療服務利用及密集度之改變及風險基金移撥款)為439,020,578,615元。
 - (1)108年第1季調整後預算 $104,426,216,286 = 439,020,578,615 \times 23.786178\%$ (h_q1)。
 - (2)108年第2季調整後預算 $109,639,849,069 = 439,020,578,615 \times 24.973738\%$ (h_q2)。
 - (3)108年第3季調整後預算 $111,353,530,776 = 439,020,578,615 \times 25.364080\%$ (h_q3)。
 - (4)108年第4季調整後預算=108年全年預算數-108年第1季調整後預算-108年第2季調整後預算-108年第3季調整後預算=113,600,982,484。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R04

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：108/11/05

108年第 2季

結算主要費用年月起迄：108/04—108/06

核付截止日期：108/09/30

頁次：2

(二) 108年調整前各季醫院非門診透析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	106年	105年各季校正 投保人口預估 成長率差值	106年新特材 未導入預算	107年	106年各季校正 投保人口預估 成長率差值	107年新特材 未導入預算	107年違反 特管辦法之扣 款(說明1、2)	108年	106年品質 保證保留款 (說明4)
	調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額			調整前各季 一般服務醫療 給付費用				108年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0)	(B3)	(B4)	(B5)	(G)	(F)
				= (A1+B1-B2)× (1+3.576%)				= (G0+B3 -B4+B5) ×(1+4.080%)	
第1季	97,216,832,387	269,239,411	62,000,000	100,907,956,605	218,990,692	38,750,000	8,257,954	105,221,190,625	92,954,852
第2季	104,231,533,216	235,257,672	62,000,000	108,138,306,210	293,091,879	38,750,000	8,257,954	112,823,663,010	99,662,029
第3季	102,028,352,753	396,749,751	62,000,000	106,023,607,050	150,867,011	38,750,000	8,257,954	110,474,656,481	97,555,436
第4季	103,048,270,211	152,251,657	62,000,000	106,826,755,410	331,034,344	38,750,000	8,257,955	111,498,091,456	98,530,640
合計	406,524,988,567	1,053,498,491	248,000,000	421,896,625,275	993,983,926	155,000,000	33,031,817	440,017,601,572	388,702,957

項目	107年	108年 風險調整 基金移撥款	108年調整前各季
	其他醫療服務 利用及密集度 之改變(說明5)		一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(H)	(G1)
			= (G) - (F) - (E) - (H)
第1季	114,580,000	37,500,000	104,976,155,773
第2季	114,580,000	37,500,000	112,571,920,981
第3季	114,580,000	37,500,000	110,225,021,045
第4季	114,580,000	37,500,000	111,247,480,816
合計	458,320,000	150,000,000	439,020,578,615

註：

1. 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+106年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) - 107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)+107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(B5))×(1+4.080%)。
※一般服務成長率為4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.292%，協商因素成長率0.788%。
※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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107年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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. 108年醫院總額前一年度違反特管辦法之扣款(B5) 33,031,817元，採四季均分。
3. 107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)：依據107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，107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。107年新特材未於時程內導入之預算155,000,000元，於一般服務每季扣減 38,750,000元。
4. 106年品質保證保留款(F)=(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%)。
5. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(E)：458,320,000
 - (1)本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。
 - (2)前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
※「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」107年12月1日已回歸原醫院，「斗六慈濟診所」108年1月1日併入醫院總額。
 - (3)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，回歸該季該分區一般服務預算。
 - (4)108年醫院附設門診部回歸原醫院之預算458,320,000 (=400,000,000元×(1+4.080%)+42,000,000元)，依所回歸之分區予以分配，每季扣減114,580,000。其中174,854,400元(=168,000,000元×(1+4.080%))，依107年各分區(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，回歸該季該分區一般服務預算；其餘 283,465,600元分配予南區。
6. 風險調節基金移撥款(H)：依據衛生福利部108年2月27日衛部健字第1083360025A號公告「108年度全民健康保險醫院醫療給付費用之地區預算分配方式」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388.7百萬元)移撥1.5億元，作為風險調整基金。

=====

(三) 108年第2季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 107年第2季醫院門診透析服務預算 \times (1+1.839\%) \\ &= 5,457,287,058 \times (1+1.839\%) \\ &= 5,557,646,567 \end{aligned}$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

$$\begin{aligned} &\text{全年預算 } 868 \text{ 百萬元。} \\ &= 868,000,000/4 \\ &= 217,000,000(C1) \end{aligned}$$

※108年第2季DRGs尚未導入，本季預算= 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 868百萬元，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 = 4,760百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	5,716,515	住診第1季已支用點數：	173	門住診合計第1季已支用點數：	5,716,688
第2季已支用點數：	1,817,257	第2季已支用點數：	9,299	第2季已支用點數：	1,826,556
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,533,772	全年已支用點數：	9,472	全年已支用點數：	7,543,244

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	2,832,384,261	住診第1季已支用點數：	3,820,480	門住診合計第1季已支用點數：	2,836,204,741
第2季已支用點數：	3,123,228,061	第2季已支用點數：	6,828,220	第2季已支用點數：	3,130,056,281
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	5,955,612,322	全年已支用點數：	10,648,700	全年已支用點數：	5,966,261,022

3. 合計

門診第1季已支用點數：	2,838,100,776	住診第1季已支用點數：	3,820,653	門住診合計第1季已支用點數：	2,841,921,429
第2季已支用點數：	3,125,045,318	第2季已支用點數：	6,837,519	第2季已支用點數：	3,131,882,837
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	5,963,146,094	全年已支用點數：	10,658,172	全年已支用點數：	5,973,804,266

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R04

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：108/11/05

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁次：6

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	69,527,952	住診第1季金額：	1,821,312	門住診合計第1季金額：	71,349,264
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	69,527,952	全年合計金額：	1,821,312	全年合計金額：	71,349,264

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 5,973,804,266 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 4,760,000,000 - (5,973,804,266 - 71,349,264) \\ &= 4,760,000,000 - 5,902,455,002 \\ &= -1,142,455,002 \text{ (預算不足, 由其他部門支應)} \end{aligned}$$

註：

1. 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。
2. 如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

(二) 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 15,234.4百萬元

1. 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	1,259,565,386	住診第1季已支用點數：	237,930,915	門住診合計第1季已支用點數：	1,497,496,301
第2季已支用點數：	1,283,596,627	第2季已支用點數：	193,360,534	第2季已支用點數：	1,476,957,161
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	2,543,162,013	全年已支用點數：	431,291,449	全年已支用點數：	2,974,453,462

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,974,453,462 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

門診第1季已支用點數：	790,957,487	住診第1季已支用點數：	91,237,996	門住診合計第1季已支用點數：	882,195,483
第2季已支用點數：	966,015,555	第2季已支用點數：	74,410,838	第2季已支用點數：	1,040,426,393
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,756,973,042	全年已支用點數：	165,648,834	全年已支用點數：	1,922,621,876

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,922,621,876 \end{aligned}$$

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：	896,259,922	住診第1季已支用點數：	472,586	門住診合計第1季已支用點數：	896,732,508
第2季已支用點數：	929,748,273	第2季已支用點數：	480,109	第2季已支用點數：	930,228,382
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,826,008,195	全年已支用點數：	952,695	全年已支用點數：	1,826,960,890

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,826,960,890 \end{aligned}$$

4. 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：	1,260,000	門住診合計第1季已支用點數：	1,260,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	280,000	第2季已支用點數：	280,000
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：	1,540,000	全年已支用點數：	1,540,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,540,000 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R04

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：108/11/05

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 8

5. 合計

門診第1季已支用點數： 2,946,782,795	住診第1季已支用點數： 330,901,497	門住診合計第1季已支用點數： 3,277,684,292
第2季已支用點數： 3,179,360,455	第2季已支用點數： 268,531,481	第2季已支用點數： 3,447,891,936
第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0
第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0
全年已支用點數： 6,126,143,250	全年已支用點數： 599,432,978	全年已支用點數： 6,725,576,228

6. 藥品價量協議

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
門診第2季金額： 0	住診第2季金額： 0	門住診合計第2季金額： 0
門診第3季金額： 0	住診第3季金額： 0	門住診合計第3季金額： 0
門診第4季金額： 0	住診第4季金額： 0	門住診合計第4季金額： 0
全年合計金額： 0	全年合計金額： 0	全年合計金額： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 6,725,576,228

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品價量協議)
= 15,234,400,000 - (6,725,576,228 - 0)
= 15,234,400,000 - 6,725,576,228
= 8,508,823,772

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品價量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) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 4,712.8百萬元

門診第1季已支用點數： 587,031,282	住診第1季已支用點數： 482,719,308	門住診合計第1季已支用點數： 1,069,750,590
第2季已支用點數： 567,169,254	第2季已支用點數： 573,068,017	第2季已支用點數： 1,140,237,271
第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0	第3季已支用點數： 0
第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0
全年已支用點數： 1,154,200,536	全年已支用點數： 1,055,787,325	全年已支用點數： 2,209,987,861

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,209,987,861

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 2,502,812,139

(四) 醫療給付改善方案 全年預算=1,187百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	43,255,857	第2季已支用點數：	43,255,857
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：	43,255,857	全年已支用點數：	43,255,857

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 43,255,857

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	10,333,540	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,333,540
第2季已支用點數：	11,040,100	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	11,040,100
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：	21,373,640	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	21,373,640

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,373,640

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	138,637,207	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	138,637,207
第2季已支用點數：	146,208,920	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	146,208,920
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：	284,846,127	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	284,846,127

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 284,846,127

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,354,767	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,354,767
第2季已支用點數：	5,920,137	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,920,137
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：	15,274,904	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	15,274,904

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 15,274,904

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：	7,508,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,508,670
第2季已支用點數：	7,193,460	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,193,460
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	14,702,130	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,702,130

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,702,130

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：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	12,926,100
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	21,109,250	第2季已支用點數：	21,109,250
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：	34,035,350	全年已支用點數：	34,035,350

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 34,035,350

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	425,000	
第2季已支用點數：	596,000	
第3季已支用點數：	0	
第4季已支用點數：	0	(傳票日期:108/04/29前核付)
全年已支用點數：	1,021,000	

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,021,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	5,231,620	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,231,620
第2季已支用點數：	6,193,020	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,193,020
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：	11,424,640	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	11,424,640

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 11,424,640

9. 提升醫院用藥安全與品質

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

10. 糖尿病人胰島素注射獎勵措施

門診第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

11. 合計

門診第1季已支用點數：	171,490,804	住診第1季已支用點數：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	184,416,904
第2季已支用點數：	177,151,637	第2季已支用點數：	64,365,107	第2季已支用點數：	241,516,744
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：	348,642,441	全年已支用點數：	77,291,207	全年已支用點數：	425,933,648

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 425,933,648

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 761,066,352

(五)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 80百萬元(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= 80,000,000/4= 20,000,000

(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 4,873,126(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 5,444,064(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 7,480,000(J3)

(4)合計: 已支用點數 17,797,190(J9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 17,797,190 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 2,202,810

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 2,202,810= 22,202,810

(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 5,225,503(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 5,689,236(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 8,364,100(K3)

(4)合計: 已支用點數 19,278,839(K9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 19,278,839 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 2,923,971

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 2,923,971= 22,923,971

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1: 已支用點數 0(L1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2: 已支用點數 0(L2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3: 已支用點數 0(L3)

(4)合計: 已支用點數 0(L9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 0 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 22,923,971

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 22,923,971= 42,923,971

(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= 42,923,971

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	10,098,629(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	11,133,300(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	15,844,100(N3)
(4)合計：	已支用點數	37,076,029(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) = 37,076,029		
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 42,923,971		

註：依據「108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。

(六)急診品質提升方案 全年預算 = 160百萬元

1. 急診重大疾病照護品質：

門診第1季已支用點數：	4,519,000	住診第1季已支用點數：	4,836,000	門住診合計第1季已支用點數：	9,355,000
第2季已支用點數：	5,972,000	第2季已支用點數：	7,962,000	第2季已支用點數：	13,934,000
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：	10,491,000	全年已支用點數：	12,798,000	全年已支用點數：	23,289,000

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 23,289,000$$

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	9,079,959	住診第1季已支用點數：	1,884,936	門住診合計第1季已支用點數：	10,964,895
第2季已支用點數：	9,628,513	第2季已支用點數：	2,431,684	第2季已支用點數：	12,060,197
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：	18,708,472	全年已支用點數：	4,316,620	全年已支用點數：	23,025,092

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 23,025,092$$

3. 急診處置效率品質獎勵：

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R04

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：108/11/05

108年第 2季

結算主要費用年月起迄:108/04-108/06

核付截止日期:108/09/30

頁 次： 14

4. 補助急診專科醫師人力：

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

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	13,598,959	住診第1季已支用點數：	6,720,936	門住診合計第1季已支用點數：	20,319,895
第2季已支用點數：	15,600,513	第2季已支用點數：	10,393,684	第2季已支用點數：	25,994,197
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	29,199,472	全年已支用點數：	17,114,620	全年已支用點數：	46,314,092

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 46,314,092

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 113,685,908

(七) 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=950百萬元

第1季已支用點數：	221,133,400
第2季已支用點數：	224,840,266
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：	0
合計已支用點數：	445,973,666

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 445,973,666

未支用金額=全年預算- 暫結金額= 504,026,334

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，惟醫院如依該計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
 - (3) 若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
 - (4) 若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。
 - (5) 全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院補助金額)。

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算=689百萬元

第1季:

預算=689,000,000/4=172,250,000

已支用點數： 42,567,400

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點}\times\text{已支用點數} \\ &= 42,567,400 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 129,682,600 \end{aligned}$$

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 129,682,600=301,932,600

已支用點數： 54,870,950

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點}\times\text{已支用點數} \\ &= 54,870,950 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 247,061,650 \end{aligned}$$

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 247,061,650=419,311,650

已支用點數： 0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 419,311,650 \end{aligned}$$

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 419,311,650=591,561,650

已支用點數： 0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 591,561,650 \end{aligned}$$

全年合計:

全年預算=689,000,000

已支用點數： 97,438,350

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額} = 42,567,400 + 54,870,950 + 0 + 0 = 97,438,350$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 689,000,000 - 97,438,350 = 591,561,650$$

註：

1. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年5月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第2次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億元)按季支應，每季最多支應3.365億元(13.46/4)，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。

(九)品質保證保留款(另行結算)

$$\begin{aligned}
 &= 106年編列之品質保證保留款預算 + 108年編列之品質保證保留款預算 \\
 &= (105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口預估成長率差值) \times 106年品質保證保留款成長率(0.10\%) + 406,500,000 \\
 &= (92,471,391,823 + 483,460,581) \times 0.10\% + (99,278,528,774 + 383,500,404) \times 0.10\% + (97,144,240,670 + 411,195,342) \times 0.10\% \\
 &\quad + (98,251,108,970 + 279,531,381) \times 0.10\% + 406,500,000 \\
 &= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 406,500,000 \\
 &= 795,202,957
 \end{aligned}$$

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

(十)網路頻寬補助費用

全年預算=114百萬元

第1季已支用點數：	24,759,401
第2季已支用點數：	26,623,956
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：	51,383,357

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1元/點 \times \text{已支用點數} = 51,383,357 \\
 \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 114,000,000 - 51,383,357 = 62,616,643
 \end{aligned}$$

三、108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	108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	108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	104,976,155,773	5,183,108,641	0	60,587,595,428	44,388,560,345
第2季	112,571,920,981	5,557,646,567	0	64,971,262,151	47,600,658,830
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	217,548,076,754	10,740,755,208	0	125,558,857,579	91,989,219,175

註：1. 108年各季門診透析服務預算(B)=107年各季門診透析服務預算×(1+1.839%)。

108年第1季門診透析服務預算(B)= 5,089,512,506×(1+1.839%)= 5,183,108,641。

108年第2季門診透析服務預算(B)= 5,457,287,058×(1+1.839%)= 5,557,646,567。

108年第3季門診透析服務預算(B)= 5,329,189,047×(1+1.839%)= 5,427,192,834。

108年第4季門診透析服務預算(B)= 5,391,371,807×(1+1.839%)= 5,490,519,135。

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868百萬元，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	108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	108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	104,426,216,286	5,183,108,641	0	60,285,128,710	44,141,087,576
第2季	109,639,849,069	5,557,646,567	0	63,358,622,600	46,281,226,469
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	214,066,065,355	10,740,755,208	0	123,643,751,310	90,422,314,045

註：1. 108年各季門診透析服務預算(B)=107年各季門診透析服務預算×(1+1.839%)。

108年第1季門診透析服務預算(B)= 5,089,512,506×(1+1.839%)= 5,183,108,641。

108年第2季門診透析服務預算(B)= 5,457,287,058×(1+1.839%)= 5,557,646,567。

108年第3季門診透析服務預算(B)= 5,329,189,047×(1+1.839%)= 5,427,192,834。

108年第4季門診透析服務預算(B)= 5,391,371,807×(1+1.839%)= 5,490,519,135。

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868百萬元，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	0.37107	0.37141		
	北區分區	0.14614	0.14601		
	中區分區	0.17575	0.17550		
	南區分區	0.13883	0.13866		
	高屏分區	0.14410	0.14449		
	東區分區	0.02411	0.02393		
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646		
	北區分區	0.12564	0.12553		
	中區分區	0.17851	0.18040		
	南區分區	0.14305	0.14210		
	高屏分區	0.15267	0.15118		
	東區分區	0.02389	0.02433		
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34462	0.34500		
	北區分區	0.15442	0.15470		
	中區分區	0.18210	0.18216		
	南區分區	0.14121	0.14088		
	高屏分區	0.15370	0.15341		
	東區分區	0.02395	0.02385		
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616		
	北區分區	0.12417	0.12540		
	中區分區	0.18251	0.18198		
	南區分區	0.15388	0.15291		
	高屏分區	0.16045	0.15766		
	東區分區	0.03563	0.03589		

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D2)× 50%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+其他醫療服務利用及密集度之改變+風險調整基金移撥款(RS_0) (加總後四捨五入至整數位)

調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]+ [(D1)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+風險調整基金移撥款(RS_I) (加總後四捨五入至整數位)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

1.1 107年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)各分區占率

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計	107年回歸月數	107年占率(註)
臺北分區	15,400,000	47,500,000	47,900,000	49,500,000	160,300,000	10	95.359905%
高屏分區	-	100,000	100,000	200,000	400,000	8	0.297442%
東區分區	700,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	7,300,000	10	4.342653%
小計					168,000,000		100.000000%

註：1. 107年臺北、東區門診部回歸之月數為10個月(107年3月回歸)，高屏分區門診部回歸之月數為8個月(107年5月回歸)。

2. 107年占率：以該分區107年門診部回歸費用/107年回歸之月數×12個月，計算該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用；再依該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用/Σ臺北、高屏及東區107年醫院附設門診部回歸之全年費用。

1.2 108年其他醫療服務利用及密集度之改變

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	41,685,247	41,685,247	41,685,247	41,685,247	166,740,988
高屏分區	130,023	130,023	130,023	130,023	520,092
東區分區	1,898,330	1,898,330	1,898,330	1,898,330	7,593,320
小計(K0)	43,713,600	43,713,600	43,713,600	43,713,600	174,854,400
南區分區(K1)	70,866,400	70,866,400	70,866,400	70,866,400	283,465,600
合計(KD)=(K0+K1)	114,580,000	114,580,000	114,580,000	114,580,000	458,320,000

註：1. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，本項於107年末支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。

2. 臺北、高屏、東區108年其他醫療服務利用及密集度之改變：依據108年5月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第2次會議決定，107年已回歸原醫院之院所費用174,854,400 (=168,000,000元×(1+4.080%))，按季均分，並依107年門診部回歸之分區占率分配。

2. 108年風險調整基金移撥款

2.1 各分區分配金額(KS_0)

分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	3,268,046	3,268,046	3,268,046	3,268,045	13,072,183
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	3,356,189	3,356,189	3,356,189	3,356,189	13,424,756
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,028,189	8,028,189	32,112,756
東區分區	17,125,181	17,125,181	17,125,181	17,125,185	68,500,728
小計	37,500,000	37,500,000	37,500,000	37,500,000	150,000,000

2.2 調整臺北、中區及東區保留款後各分區分配金額(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	13,072,183	13,072,183
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	0	0	6,712,378	6,712,378	13,424,756
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,028,189	8,028,189	32,112,756
東區分區	12,500,181	12,500,181	12,500,181	31,000,185	68,500,728
小計	26,250,765	26,250,765	32,963,143	64,535,327	150,000,000

註：

- 依據108年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款1.5億元，採「四季均分」，併入108年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
- 各季各分區風險調整基金移撥款分配金額，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(1.5億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
- 第4季各分區風險調整基金移撥款分配金額=年度各分區風險調整移撥款分配金額減去前3季風險調整移撥款分配金額。
- 調整臺北、中區及東區風險調整基金移撥款之保留款：
 - 臺北保留108年Q1-Q3各季風險移撥款預算3,268,046元，三季共保留9,804,138元至108年Q4結算；中區保留108年Q1-Q2預算共計6,712,378元，並按季均分至108年Q3及Q4結算。
 - 依據「醫院總額東區共管會議」108年第2次臨時會議決議，108年Q1至Q3東區風險調整移撥款各季保留462.5萬元至108年Q4結算，三季共保留1,387.5萬元。

2.3 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	-	-	-	5,882,482	5,882,482
北區分區	1,076,072	1,076,072	1,076,072	1,076,071	4,304,287
中區分區	-	-	3,020,570	3,020,570	6,041,140
南區分區	1,499,006	1,499,006	1,499,006	1,499,005	5,996,023
高屏分區	3,612,685	3,612,685	3,612,685	3,612,685	14,450,740
東區分區	5,625,081	5,625,081	5,625,081	13,950,083	30,825,326
小計	11,812,844	11,812,844	14,833,414	29,040,896	67,499,998
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	-	-	-	7,189,701	7,189,701
北區分區	1,315,199	1,315,199	1,315,199	1,315,199	5,260,796
中區分區	-	-	3,691,808	3,691,808	7,383,616
南區分區	1,832,118	1,832,118	1,832,118	1,832,117	7,328,471
高屏分區	4,415,504	4,415,504	4,415,504	4,415,504	17,662,016
東區分區	6,875,100	6,875,100	6,875,100	17,050,102	37,675,402
小計	14,437,921	14,437,921	18,129,729	35,494,431	82,500,002
3. 門住診合計	26,250,765	26,250,765	32,963,143	64,535,327	150,000,000

2. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)×50%×(R)]+[(D2)×50%×(S)]+其他醫療服務利用及密集度之改變
+風險調整基金移撥款_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	16,627,692,763	17,841,237,607			34,468,930,370
北區分區	6,033,037,537	6,463,817,521			12,496,855,058
中區分區	7,862,545,694	8,470,537,239			16,333,082,933
南區分區	6,328,489,101	6,754,545,893			13,083,034,994
高屏分區	6,590,339,235	7,040,786,106			13,631,125,341
東區分區	1,072,848,859	1,156,127,308			2,228,976,167
小 計	44,514,953,189	47,727,051,674			92,242,004,863

3. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=[(D1)×45%×(R)+(D1)×55%×(S)]+風險調整基金移撥款_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	20,837,709,933	22,456,537,107			43,294,247,040
北區分區	8,349,225,566	9,005,357,564			17,354,583,130
中區分區	11,046,663,630	11,828,732,958			22,875,396,588
南區分區	8,979,611,127	9,584,865,886			18,564,477,013
高屏分區	9,541,660,369	10,123,527,156			19,665,187,525
東區分區	1,847,162,724	1,986,679,401			3,833,842,125
小 計	60,602,033,349	64,985,700,072			125,587,733,421

(五)調整後分區門住診一般服務費用總額

調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D4)× 50%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+其他醫療服務利用及密集度之改變+風險調整基金移撥款(RS_0) (加總後四捨五入至整數位)

調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)]+ [(D3)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)]
+風險調整基金移撥款(RS_I) (加總後四捨五入至整數位)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次20；風險調整基金移撥款，詳頁次21。

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 50%× (R)]+ [(D4)× 50%× (S)] +其他醫療服務利用及密集度之改變
+風險調整基金移撥款(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	16,535,223,325	17,347,855,667			33,883,078,992
北區分區	5,999,408,463	6,284,678,190			12,284,086,653
中區分區	7,818,710,842	8,235,744,250			16,054,455,092
南區分區	6,293,610,289	6,569,323,978			12,862,934,267
高屏分區	6,553,617,988	6,845,727,823			13,399,345,811
東區分區	1,066,909,513	1,124,289,405			2,191,198,918
小 計	44,267,480,420	46,407,619,313			90,675,099,733

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=[(D3)× 45%× (R)]+ [(D3)× 55%× (S)] +風險調整基金移撥款(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	20,733,683,462	21,899,147,598			42,632,831,060
北區分區	8,307,550,945	8,781,869,912			17,089,420,857
中區分區	10,991,516,235	11,535,134,189			22,526,650,424
南區分區	8,934,792,063	9,347,007,196			18,281,799,259
高屏分區	9,494,048,327	9,872,362,577			19,366,410,904
東區分區	1,837,975,599	1,937,539,049			3,775,514,648
小 計	60,299,566,631	63,373,060,521			123,672,627,152

註：

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	9,905,195,919(BF1)	0.88039690	-----	9,526,122,180	5,512,392
	2-北區分區	1,112,727,032	0.88039690	979,641,430	1,041,450,372	
	3-中區分區	452,318,487	0.88039690	398,219,794	416,174,233	
	4-南區分區	271,397,548	0.88039690	238,937,560	284,441,547	
	5-高屏分區	338,450,761	0.88039690	297,971,001	292,969,196	
	6-東區分區	79,822,498	0.88039690	70,275,480	72,758,324	
	7-合計	12,159,912,245(GF1)		1,985,045,265(AF1)	11,633,915,852(BG1)	5,512,392(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	766,154,430	0.88039690	674,519,985	777,878,449	
	2-北區分區	3,263,770,735(BF1)	0.88039690	-----	2,979,624,509	2,761,528
	3-中區分區	279,510,566	0.88039690	246,080,236	265,578,551	
	4-南區分區	100,821,087	0.88039690	88,762,572	97,862,358	
	5-高屏分區	76,188,683	0.88039690	67,076,280	64,064,083	
	6-東區分區	18,679,455	0.88039690	16,445,334	17,147,982	
	7-合計	4,505,124,956(GF1)		1,092,884,407(AF1)	4,202,155,932(BG1)	2,761,528(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	226,536,906	0.88039690	199,442,390	231,741,245	
	2-北區分區	108,657,182	0.88039690	95,661,446	101,648,354	
	3-中區分區	4,978,490,537(BF1)	0.88039690	-----	4,861,908,751	2,574,705
	4-南區分區	137,672,207	0.88039690	121,206,184	151,231,908	
	5-高屏分區	68,550,778	0.88039690	60,351,892	59,260,238	
	6-東區分區	11,752,788	0.88039690	10,347,118	10,949,787	
	7-合計	5,531,660,398(GF1)		487,009,030(AF1)	5,416,740,283(BG1)	2,574,705(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	233,650,490	0.88039690	205,705,167	258,807,484	
	2-北區分區	86,951,087	0.88039690	76,551,467	87,924,547	
	3-中區分區	206,714,559	0.88039690	181,990,857	210,098,395	
	4-南區分區	3,512,111,995(BF1)	0.88039690	-----	4,001,590,866	1,912,114
	5-高屏分區	188,443,326	0.88039690	165,904,920	182,303,187	
	6-東區分區	9,268,666	0.88039690	8,160,105	8,955,846	
	7-合計	4,237,140,123(GF1)		638,312,516(AF1)	4,749,680,325(BG1)	1,912,114(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	130,177,759	0.88039690	114,608,095	132,644,768	
	2-北區分區	49,535,904	0.88039690	43,611,256	46,543,491	
	3-中區分區	81,487,651	0.88039690	71,741,475	78,408,211	
	4-南區分區	225,093,994	0.88039690	198,172,055	224,908,120	
	5-高屏分區	4,096,743,498(BF1)	0.88039690	-----	3,797,199,019	1,514,696
	6-東區分區	14,692,327	0.88039690	12,935,079	13,759,571	
	7-合計	4,597,731,133(GF1)		441,067,960(AF1)	4,293,463,180(BG1)	1,514,696(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	66,248,017	0.88039690	58,324,549	66,137,205	
	2-北區分區	23,607,551	0.88039690	20,784,015	24,554,526	
	3-中區分區	17,573,843	0.88039690	15,471,957	16,307,332	
	4-南區分區	9,103,482	0.88039690	8,014,677	9,220,216	
	5-高屏分區	25,385,778	0.88039690	22,349,560	25,525,713	
	6-東區分區	656,795,560(BF1)	0.88039690	-----	655,876,200	404,769
	7-合計	798,714,231(GF1)		124,944,758(AF1)	797,621,192(BG1)	404,769(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	58,196,287(BF2)	0.92151944	53,629,010	53,759,347
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	13,507,668(BF2)	0.92719192	12,524,201	12,954,798
	4-南區分區	-236(BF2)	0.93311111	-219	771
	5-高屏分區	730,549(BF2)	0.95147441	695,099	332,076
	6-東區分區	3,953,318(BF2)	0.92618662	3,661,510	3,534,552
	7-合計	76,387,586(GF2)		70,509,601(AF2)	70,581,544(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,292,650(BF2)	0.92151944	1,191,202	964,325
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	3,552,840(BF2)	0.92719192	3,294,165	3,973,665
	4-南區分區	-104(BF2)	0.93311111	-96	268
	5-高屏分區	130,363(BF2)	0.95147441	124,037	69,579
	6-東區分區	1,177,479(BF2)	0.92618662	1,090,565	835,719
	7-合計	6,153,228(GF2)		5,699,873(AF2)	5,843,556(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	719,088(BF2)	0.92151944	662,654	732,211
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	202,293,652(BF2)	0.92719192	187,565,040	207,220,081
	4-南區分區	-85(BF2)	0.93311111	-78	133
	5-高屏分區	136,590(BF2)	0.95147441	129,962	145,564
	6-東區分區	1,001,123(BF2)	0.92618662	927,227	834,091
	7-合計	204,150,368(GF2)		189,284,805(AF2)	208,932,080(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	472,218(BF2)	0.92151944	435,158	563,959
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	8,695,012(BF2)	0.92719192	8,061,945	8,828,717
	4-南區分區	-4,863(BF2)	0.93311111	-4,537	17,205
	5-高屏分區	343,855(BF2)	0.95147441	327,169	186,165
	6-東區分區	1,185,089(BF2)	0.92618662	1,097,614	1,011,992
	7-合計	10,691,311(GF2)		9,917,349(AF2)	10,608,038(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	707,337(BF2)	0.92151944	651,825	1,025,584
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	2,138,368(BF2)	0.92719192	1,982,678	2,513,603
	4-南區分區	-140(BF2)	0.93311111	-130	450
	5-高屏分區	13,466,670(BF2)	0.95147441	12,813,192	6,991,579
	6-東區分區	775,365(BF2)	0.92618662	718,133	601,412
	7-合計	17,087,600(GF2)		16,165,698(AF2)	11,132,628(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	179,060(BF2)	0.92151944	165,007	185,702
	2-北區分區	0(BF2)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	328,592(BF2)	0.92719192	304,668	376,719
	4-南區分區	-13(BF2)	0.93311111	-11	13
	5-高屏分區	13,752(BF2)	0.95147441	13,085	17,105
	6-東區分區	14,271,310(BF2)	0.92618662	13,217,896	10,389,776
	7-合計	14,792,701(GF2)		13,700,645(AF2)	10,969,315(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	10,373,267,913(BF3)	0.88039690	-----	4,596,595,105	13,243,354
	2-北區分區	1,098,009,856	0.88039690	966,684,473	550,737,509	
	3-中區分區	441,879,992	0.88039690	389,029,775	220,591,069	
	4-南區分區	283,516,668	0.88039690	249,607,196	130,981,602	
	5-高屏分區	363,238,183	0.88039690	319,793,770	174,098,400	
	6-東區分區	113,517,497	0.88039690	99,940,452	43,351,569	
	7-合計	12,673,430,109(GF3)		2,025,055,666(AF3)	5,716,355,254(BG3)	13,243,354(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	938,747,165	0.88039690	826,470,094	468,797,028	
	2-北區分區	3,765,823,041(BF3)	0.88039690	-----	1,606,714,857	6,001,589
	3-中區分區	343,310,416	0.88039690	302,249,426	168,562,063	
	4-南區分區	108,396,021	0.88039690	95,431,521	49,848,195	
	5-高屏分區	85,787,472	0.88039690	75,527,024	41,545,332	
	6-東區分區	34,087,742	0.88039690	30,010,742	11,952,130	
	7-合計	5,276,151,857(GF3)		1,329,688,807(AF3)	2,347,419,605(BG3)	6,001,589(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	301,588,574	0.88039690	265,517,646	142,935,639	
	2-北區分區	116,365,119	0.88039690	102,447,490	56,230,513	
	3-中區分區	6,007,092,338(BF3)	0.88039690	-----	2,601,432,902	5,853,968
	4-南區分區	168,886,404	0.88039690	148,687,067	77,658,526	
	5-高屏分區	77,609,375	0.88039690	68,327,053	35,471,169	
	6-東區分區	19,983,453	0.88039690	17,593,370	7,330,622	
	7-合計	6,691,525,263(GF3)		602,572,626(AF3)	2,921,059,371(BG3)	5,853,968(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	311,138,443	0.88039690	273,925,321	156,688,063	
	2-北區分區	110,398,494	0.88039690	97,194,492	51,632,985	
	3-中區分區	298,137,661	0.88039690	262,479,473	139,230,628	
	4-南區分區	4,732,947,181(BF3)	0.88039690	-----	1,973,743,249	3,388,279
	5-高屏分區	230,282,746	0.88039690	202,740,216	113,768,256	
	6-東區分區	19,923,868	0.88039690	17,540,912	7,145,938	
	7-合計	5,702,828,393(GF3)		853,880,414(AF3)	2,442,209,119(BG3)	3,388,279(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	167,163,371	0.88039690	147,170,114	84,215,807	
	2-北區分區	64,280,699	0.88039690	56,592,528	26,874,900	
	3-中區分區	98,511,912	0.88039690	86,729,582	45,938,457	
	4-南區分區	308,755,796	0.88039690	271,827,646	133,334,485	
	5-高屏分區	5,427,864,823(BF3)	0.88039690	-----	2,310,232,442	4,199,516
	6-東區分區	29,624,586	0.88039690	26,081,394	10,428,465	
	7-合計	6,096,201,187(GF3)		588,401,264(AF3)	2,611,024,556(BG3)	4,199,516(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	103,965,390	0.88039690	91,530,807	50,941,688	
	2-北區分區	41,683,751	0.88039690	36,698,245	18,607,454	
	3-中區分區	24,811,278	0.88039690	21,843,772	11,973,901	
	4-南區分區	10,033,589	0.88039690	8,833,541	6,386,093	
	5-高屏分區	40,833,688	0.88039690	35,949,852	24,303,444	
	6-東區分區	893,724,471(BF3)	0.88039690	-----	376,656,768	1,143,773
	7-合計	1,115,052,167(GF3)		194,856,217(AF3)	488,869,348(BG3)	1,143,773(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	106,142,632(BF4)	0.92151944	97,812,499	21,648,474
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	10,078,321(BF4)	0.92719192	9,344,538	4,005,329
	4-南區分區	-99(BF4)	0.93311111	-91	0
	5-高屏分區	2,633,485(BF4)	0.95147441	2,505,694	166,863
	6-東區分區	11,575,960(BF4)	0.92618662	10,721,499	1,422,770
	7-合計	130,430,299(GF4)		120,384,139(AF4)	27,243,436(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,133,016(BF4)	0.92151944	2,887,135	582,225
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	3,302,815(BF4)	0.92719192	3,062,343	1,212,687
	4-南區分區	-23(BF4)	0.93311111	-20	0
	5-高屏分區	1,229,380(BF4)	0.95147441	1,169,724	87,454
	6-東區分區	4,159,349(BF4)	0.92618662	3,852,333	519,292
	7-合計	11,824,537(GF4)		10,971,515(AF4)	2,401,658(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,051,241(BF4)	0.92151944	968,739	184,496
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	213,412,947(BF4)	0.92719192	197,874,760	71,075,697
	4-南區分區	-25(BF4)	0.93311111	-22	0
	5-高屏分區	728,817(BF4)	0.95147441	693,451	85,288
	6-東區分區	6,514,095(BF4)	0.92618662	6,033,268	948,554
	7-合計	221,707,075(GF4)		205,570,196(AF4)	72,294,035(BG4)

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數	
4-南區分區	1-臺北分區	1,701,278(BF4)	0.92151944	1,567,761	313,968
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	7,962,417(BF4)	0.92719192	7,382,689	3,448,923
	4-南區分區	-3,065(BF4)	0.93311111	-2,859	0
	5-高屏分區	2,406,044(BF4)	0.95147441	2,289,289	212,761
	6-東區分區	7,142,798(BF4)	0.92618662	6,615,564	938,077
	7-合計	19,209,472(GF4)		17,852,444(AF4)	4,913,729(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	855,067(BF4)	0.92151944	787,961	317,713
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	2,792,736(BF4)	0.92719192	2,589,402	980,006
	4-南區分區	-80(BF4)	0.93311111	-74	0
	5-高屏分區	71,420,032(BF4)	0.95147441	67,954,333	6,407,312
	6-東區分區	6,453,682(BF4)	0.92618662	5,977,314	882,098
	7-合計	81,521,437(GF4)		77,308,936(AF4)	8,587,129(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	213,219(BF4)	0.92151944	196,485	80,726
	2-北區分區	0(BF4)	0.92945783	0	0
	3-中區分區	423,326(BF4)	0.92719192	392,504	174,943
	4-南區分區	-8(BF4)	0.93311111	-6	0
	5-高屏分區	146,346(BF4)	0.95147441	139,244	2,616
	6-東區分區	41,859,978(BF4)	0.92618662	38,770,152	6,626,590
	7-合計	42,642,861(GF4)		39,498,379(AF4)	6,884,875(BG4)

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

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

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

- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品價量協議)

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

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

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

$$\text{臺北分區} = [17,347,855,667 + 21,899,147,598 - 4,010,100,931 - (17,350,271,106 - 97,094,987) - 190,893,740 - 97,824,980 - 18,755,746] / 20,278,463,832 = 0.87167607$$

$$\text{北區分區} = [6,284,678,190 + 8,781,869,912 - 2,422,573,214 - (6,549,575,537 - 39,466,031) - 16,671,388 - 8,245,214 - 8,763,117] / 7,029,593,776 = 0.86778637$$

$$\text{中區分區} = [8,235,744,250 + 11,535,134,189 - 1,089,581,656 - (8,337,799,654 - 56,807,539) - 394,855,001 - 281,226,115 - 8,428,673] / 10,985,582,875 = 0.88441323$$

$$\text{南區分區} = [6,569,323,978 + 9,347,007,196 - 1,492,192,930 - (7,191,889,444 - 39,967,258) - 27,769,793 - 15,521,767 - 5,300,393] / 8,245,059,176 = 0.87611550$$

$$\text{高屏分區} = [6,845,727,823 + 9,872,362,577 - 1,029,469,224 - (6,904,487,736 - 38,845,862) - 93,474,634 - 19,719,757 - 5,714,212] / 9,524,608,321 = 0.91385078$$

$$\text{東區分區} = [1,124,289,405 + 1,937,539,049 - 319,800,975 - (1,286,490,540 - 6,046,191) - 53,199,024 - 17,854,190 - 1,548,542] / 1,550,520,031 = 0.89581647$$

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) - 藥品價量協議)

- 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)

$$= [46,407,619,313 + 63,373,060,521 - (48,060,906,040 - 278,227,868) - 48,510,683] / 70,222,070,537 = 0.88219402$$

註：藥品價量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。

$$7. \text{非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值} = [\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)} \\ \div [\text{加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)} \\ + \text{加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)} - \text{藥品價量協議} \\ + \text{加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)}]$$

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [17,347,855,667 + 21,899,147,598] \div [25,040,160,239 + 17,448,096,086 - 97,094,987 + 18,755,746] = 0.92542042 \\ \text{北區分區} &= [6,284,678,190 + 8,781,869,912] \div [9,799,254,578 + 6,557,820,751 - 39,466,031 + 8,763,117] = 0.92283501 \\ \text{中區分區} &= [8,235,744,250 + 11,535,134,189] \div [12,649,043,104 + 8,619,025,769 - 56,807,539 + 8,428,673] = 0.93172325 \\ \text{南區分區} &= [6,569,323,978 + 9,347,007,196] \div [9,969,869,299 + 7,207,411,211 - 39,967,258 + 5,300,393] = 0.92846584 \\ \text{高屏分區} &= [6,845,727,823 + 9,872,362,577] \div [10,792,541,357 + 6,924,207,493 - 38,845,862 + 5,714,212] = 0.94539993 \\ \text{東區分區} &= [1,124,289,405 + 1,937,539,049] \div [1,971,201,960 + 1,304,344,730 - 6,046,191 + 1,548,542] = 0.93603869 \end{aligned}$$

$$8. \text{非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值} \\ = [46,407,619,313 + 63,373,060,521] \div [70,222,070,537 + 48,060,906,040 - 278,227,868 + 48,510,683] = 0.92992502$$

$$9. \text{醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)} \\ = \text{加總}[\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)} + \text{專款專用暫結金額}] \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數 (GF)} + \text{核定非浮動點數 (BG)} - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數 (BJ)} \\ + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\ = [46,407,619,313 + 63,373,060,521 + 8,514,424,025] \\ \div [70,222,070,537 + 48,060,906,040 - 278,227,868 + 48,510,683 + 8,514,424,025] \\ = 0.93463909$$

註：

- 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暫結金額
+ 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+ 醫療給付改善方案暫結金額
+ 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+ 急診品質提升方案暫結金額
+ 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額+ 鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額
+ 品質保證保留款預算+ 網路頻寬補助費用暫結金額
= 3,131,882,837 + 3,447,891,936 + 1,140,237,271 + 241,516,744 + 19,278,839 + 25,994,197 + 224,840,266 + 54,870,950 + 201,287,029 + 26,623,956
= 8,514,424,025
- C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。
- 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。
- 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+108年品質保證保留款預算/4。

五、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月108/03(含)以前：於108/07/01~108/09/30期間核付者。
費用年月108/04~108/06：於108/04/01~108/09/30期間核付者。
- 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。