

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 108年調整後第 3 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 108\text{年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_q3) \\ &= 439,020,578,615 \times 25.364080\% \\ &= 111,353,530,776 \text{ (D)} \end{aligned}$$

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 $= 108\text{年全年預算數} - 108\text{年第1季調整後預算} - 108\text{年第2季調整後預算} - 108\text{年第3季調整後預算} = 113,600,982,484$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：109/02/25

108年第3季

結算主要費用年月起迄：108/07-108/09

核付截止日期：108/12/31

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) =(A1+B1-B2)× (1+3.576%)	(B3)	(B4)	(B5)	(G) =(G0+B3 -B4+B5) ×(1+4.080%)	(F)
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	108年 其他醫療服務 利用及密集度 之改變(說明5)	108年 風險調整 基金移撥款	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						
	(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3季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 107年第3季醫院門診透析服務預算 \times (1+1.839\%) \\ &= 5,329,189,047 \times (1+1.839\%) \\ &= 5,427,192,834 \end{aligned}$$

(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3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：	611,955	第3季已支用點數：	5,457	第3季已支用點數：	617,412
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：	8,145,727	全年已支用點數：	14,929	全年已支用點數：	8,160,656

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：	1,663,741,757	第3季已支用點數：	5,800,060	第3季已支用點數：	1,669,541,817
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：	7,619,354,079	全年已支用點數：	16,448,760	全年已支用點數：	7,635,802,839

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：	1,664,353,712	第3季已支用點數：	5,805,517	第3季已支用點數：	1,670,159,229
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：	7,627,499,806	全年已支用點數：	16,463,689	全年已支用點數：	7,643,963,495

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：	1,188,940,471	住診第3季金額：	2,060,847	門住診合計第3季金額：	1,191,001,318
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：	1,258,468,423	全年合計金額：	3,882,159	全年合計金額：	1,262,350,582

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 7,643,963,495 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 4,760,000,000 - (7,643,963,495 - 1,262,350,582) \\ &= 4,760,000,000 - 6,381,612,913 \\ &= -1,621,612,913 \text{ (預算不足, 由其他部門支應)} \end{aligned}$$

註：

- 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。
- 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。
- 依據108年7月26日衛生福利部全民健康保險會108年第5次委員會議決議，C肝藥費預算不足優先由108年度其他預算下述三項預算之結餘支應
 - 基層總額轉診型態調整費用。
 - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費。
 - 提升保險服務成效。

(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：	1,385,767,896	第3季已支用點數：	185,472,341	第3季已支用點數：	1,571,240,237
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：	3,928,929,909	全年已支用點數：	616,763,790	全年已支用點數：	4,545,693,699

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 4,545,693,699 \end{aligned}$$

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：	875,958,430	第3季已支用點數：	93,702,363	第3季已支用點數：	969,660,793
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：	2,632,931,472	全年已支用點數：	259,351,197	全年已支用點數：	2,892,282,669

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,892,282,669 \end{aligned}$$

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：	971,120,714	第3季已支用點數：	-784,876	第3季已支用點數：	970,335,838
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：	2,797,128,909	全年已支用點數：	167,819	全年已支用點數：	2,797,296,728

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,797,296,728 \end{aligned}$$

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：	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：	2,100,000	全年已支用點數：	2,100,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,100,000 \end{aligned}$$

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：109/02/25

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07-108/09

核付截止日期:108/12/31

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： 3,232,847,040	第3季已支用點數： 278,949,828	第3季已支用點數： 3,511,796,868
第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0	第4季已支用點數： 0
全年已支用點數： 9,358,990,290	全年已支用點數： 878,382,806	全年已支用點數： 10,237,373,096

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： 40,311,382	住診第3季金額： 80,557	門住診合計第3季金額： 40,391,939
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： 40,311,382	全年合計金額： 80,557	全年合計金額： 40,391,939

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 10,237,373,096

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 - (10,237,373,096 - 40,391,939)
= 15,234,400,000 - 10,196,981,157
= 5,037,418,843

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： 590,943,089	第3季已支用點數： 602,216,725	第3季已支用點數： 1,193,159,814
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： 1,745,143,625	全年已支用點數： 1,658,004,050	全年已支用點數： 3,403,147,675

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 3,403,147,675

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 1,309,652,325

(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：	7,335,671	第3季已支用點數：	7,335,671
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：	50,591,528	全年已支用點數：	50,591,528

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 50,591,528

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：	10,926,180	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,926,180
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：	32,299,820	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	32,299,820

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 32,299,820

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：	152,093,450	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	152,093,450
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：	436,939,577	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	436,939,577

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 436,939,577

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：	6,111,007	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,111,007
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：	21,385,911	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	21,385,911

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,385,911

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：	7,551,800	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,551,800
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	22,253,930	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	22,253,930

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 22,253,930

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：	13,510,800	第3季已支用點數：	13,510,800
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：	47,546,150	全年已支用點數：	47,546,150

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 47,546,150

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：	613,000
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,634,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,634,000

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：	6,375,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,375,000
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：	17,799,640	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	17,799,640

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 17,799,640

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：	183,670,437	第3季已支用點數：	20,846,471	第3季已支用點數：	204,516,908
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	532,312,878	全年已支用點數：	98,137,678	全年已支用點數：	630,450,556

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 630,450,556

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 556,549,444

=====

(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 5,705,555(L1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2: 已支用點數 6,227,446(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 8,491,100(L3)

(4)合計: 已支用點數 20,424,101(L9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 20,424,101 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 2,499,870

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 80,000,000/4+ 2,499,870= 22,499,870

(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= 22,499,870

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	15,804,184(N1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數N2：	已支用點數	17,360,746(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	24,335,200(N3)
(4)合計：	已支用點數	57,500,130(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) = 57,500,130		
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 22,499,870		

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：	6,608,000	第3季已支用點數：	8,286,000	第3季已支用點數：	14,894,000
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：	17,099,000	全年已支用點數：	21,084,000	全年已支用點數：	38,183,000

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 38,183,000$$

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：	9,969,171	第3季已支用點數：	2,689,525	第3季已支用點數：	12,658,696
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：	28,677,643	全年已支用點數：	7,006,145	全年已支用點數：	35,683,788

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 35,683,788$$

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：109/02/25

108年第3季

結算主要費用年月起迄：108/07-108/09

核付截止日期：108/12/31

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：	16,577,171	第3季已支用點數：	10,975,525	第3季已支用點數：	27,552,696
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：	45,776,643	全年已支用點數：	28,090,145	全年已支用點數：	73,866,788

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 73,866,788

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 86,133,212

(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：	229,679,581
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：	675,653,247

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 675,653,247

未支用金額=全年預算- 暫結金額= 274,346,753

註：

- 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。
- 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：54,925,300

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 54,925,300 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 364,386,350 \end{aligned}$$

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=689,000,000/4+364,386,350=536,636,350

已支用點數：0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 536,636,350 \end{aligned}$$

全年合計：

全年預算=689,000,000

已支用點數：152,363,650

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額} = 42,567,400 + 54,870,950 + 54,925,300 + 0 = 152,363,650$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 689,000,000 - 152,363,650 = 536,636,350$$

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	: 27,660,891
第4季已支用點數	: 0
全年已支用點數	: 79,044,248

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1元/點 \times \text{已支用點數} = 79,044,248 \\
 \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 114,000,000 - 79,044,248 = 34,955,752
 \end{aligned}$$

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	扣減 新醫療科技 項目未導入 預算	108年支應扣減 金額後調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	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)	(B6)	(G2) =(G1)-(B6)	(B)	(C1)	(D1) =(G2+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G2)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別							
第1季	104,976,155,773		104,976,155,773	5,183,108,641	0	60,587,595,428	44,388,560,345
第2季	112,571,920,981		112,571,920,981	5,557,646,567	0	64,971,262,151	47,600,658,830
第3季	110,225,021,045	138,000,000	110,087,021,045	5,427,192,834	0	63,532,817,633	46,554,203,412
第4季	0	0	0	0	0	0	0
合計	327,773,097,799	138,000,000	327,635,097,799	16,167,948,042	0	189,091,675,212	138,543,422,587

註：1. 扣減新醫療科技項目未導入預算(B6)：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，108年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。108年新特材未於時程內導入預算為276,000,000元，於未結算之季別(第3季及第4季)按季均分扣除。

2. 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。

3. 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。

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：109/02/25

108年第3季

結算主要費用年月起迄：108/07-108/09

核付截止日期：108/12/31

頁次：18

(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	扣減 新醫療科技 項目未導入 預算	108年支應扣減 金額後調整後各季 一般服務醫療 給付費用總額	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)	(B6)	(G3) =(G1)-(B6)	(B)	(C1)	(D3) =(G3+B)× 55%+(C1)	(D4) =(G3)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別							
第1季	104,426,216,286		104,426,216,286	5,183,108,641	0	60,285,128,710	44,141,087,576
第2季	109,639,849,069		109,639,849,069	5,557,646,567	0	63,358,622,600	46,281,226,469
第3季	111,353,530,776	138,000,000	111,215,530,776	5,427,192,834	0	64,153,497,986	47,062,032,790
第4季	0	0	0	0	0	0	0
合計	325,419,596,131	138,000,000	325,281,596,131	16,167,948,042	0	187,797,249,296	137,484,346,835

- 註：1. 扣減新醫療科技項目未導入預算(B6)：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，108年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。108年新特材未於時程內導入預算為276,000,000元，於未結算之季別(第3季及第4季)按季均分扣除。
2. 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。
3. 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。
4. 調整後第4季一般住診/門診服務費用總額(D3、D4)=調整前全年一般住診/門診服務費用總額(加總D1、D2)減去調整後第1-3季調整後一般住診/門診服務費用總額。

(三) 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)及各季投保分區申報醫療費用占率(S)

項目	分 區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37107	0.37141	0.37158	
	北區分區	0.14614	0.14601	0.14675	
	中區分區	0.17575	0.17550	0.17550	
	南區分區	0.13883	0.13866	0.13817	
	高屏分區	0.14410	0.14449	0.14397	
	東區分區	0.02411	0.02393	0.02403	
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	0.34462	0.34500	0.34563	
	北區分區	0.15442	0.15470	0.15499	
	中區分區	0.18210	0.18216	0.18217	
	南區分區	0.14121	0.14088	0.14024	
	高屏分區	0.15370	0.15341	0.15318	
	東區分區	0.02395	0.02385	0.02379	
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

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	3,327,365	3,327,364	13,190,821
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	2,838,660	2,838,659	12,389,697
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	8,363,291	8,363,291	32,782,960
東區分區	17,125,181	17,125,181	17,248,289	17,248,294	68,746,945
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	13,190,821	13,190,821
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	6,194,849	6,194,848	12,389,697
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	8,363,291	8,363,291	32,782,960
東區分區	12,500,181	12,500,181	12,623,289	31,123,294	68,746,945
小計	26,250,765	26,250,765	32,903,824	64,594,646	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各季風險移撥款共保留9,863,457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。
- 修正「108年醫院總額風險調整移撥款」台北區、中區、高屏區及東區之預算：
 - 依據台灣醫院協會108年12月23日院協健字第1080200743號函辦理，修正風險調整移撥款，台北區13,190,821元、中區12,389,697元、高屏區32,782,960元及東區68,746,945元。
 - 依據本署109年1月6日健保醫字第1080018348號函，因108年第1、2季已結算完竣，上述修正移撥款金額，自108年第3季起調整修正後之預算。

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	-	-	-	5,935,869	5,935,869
北區分區	1,076,072	1,076,072	1,076,072	1,076,071	4,304,287
中區分區	-	-	2,787,682	2,787,682	5,575,364
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	3,763,481	3,763,481	14,752,332
東區分區	5,625,081	5,625,081	5,680,480	14,005,482	30,936,124
小計	11,812,844	11,812,844	14,806,721	29,067,590	67,499,999
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	-	-	-	7,254,952	7,254,952
北區分區	1,315,199	1,315,199	1,315,199	1,315,199	5,260,796
中區分區	-	-	3,407,167	3,407,166	6,814,333
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	4,599,810	4,599,810	18,030,628
東區分區	6,875,100	6,875,100	6,942,809	17,117,812	37,810,821
小計	14,437,921	14,437,921	18,097,103	35,527,056	82,500,001
3. 門住診合計	26,250,765	26,250,765	32,903,824	64,594,646	150,000,000

3. 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	17,414,084,563		51,883,014,933
北區分區	6,033,037,537	6,463,817,521	6,343,853,516		18,840,708,574
中區分區	7,862,545,694	8,470,537,239	8,297,117,333		24,630,200,266
南區分區	6,328,489,101	6,754,545,893	6,595,773,159		19,678,808,153
高屏分區	6,590,339,235	7,040,786,106	6,897,639,945		20,528,765,286
東區分區	1,072,848,859	1,156,127,308	1,135,121,617		3,364,097,784
小 計	44,514,953,189	47,727,051,674	46,683,590,133		138,925,594,996

4. 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	21,850,524,304		65,144,771,344
北區分區	8,349,225,566	9,005,357,564	8,752,801,996		26,107,385,126
中區分區	11,046,663,630	11,828,732,958	11,577,879,416		34,453,276,004
南區分區	8,979,611,127	9,584,865,886	9,400,178,298		27,964,655,311
高屏分區	9,541,660,369	10,123,527,156	10,026,933,558		29,692,121,083
東區分區	1,847,162,724	1,986,679,401	1,942,597,164		5,776,439,289
小 計	60,602,033,349	64,985,700,072	63,550,914,736		189,138,648,157

(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	17,603,588,713		51,486,667,705
北區分區	5,999,408,463	6,284,678,190	6,413,042,729		18,697,129,382
中區分區	7,818,710,842	8,235,744,250	8,387,594,754		24,442,049,846
南區分區	6,293,610,289	6,569,323,978	6,666,932,751		19,529,867,018
高屏分區	6,553,617,988	6,845,727,823	6,972,839,320		20,372,185,131
東區分區	1,066,909,513	1,124,289,405	1,147,421,244		3,338,620,162
小 計	44,267,480,420	46,407,619,313	47,191,419,511		137,866,519,244

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	22,063,991,795		64,696,822,855
北區分區	8,307,550,945	8,781,869,912	8,838,299,163		25,927,720,020
中區分區	10,991,516,235	11,535,134,189	11,690,955,584		34,217,606,008
南區分區	8,934,792,063	9,347,007,196	9,491,994,922		27,773,794,181
高屏分區	9,494,048,327	9,872,362,577	10,124,846,194		29,491,257,098
東區分區	1,837,975,599	1,937,539,049	1,961,507,431		5,737,022,079
小 計	60,299,566,631	63,373,060,521	64,171,595,089		187,844,222,241

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	10,027,509,178(BF1)	0.88219402	-----	9,571,652,449	5,583,544
	2-北區分區	1,118,043,198	0.88219402	986,331,023	1,063,451,549	
	3-中區分區	464,156,869	0.88219402	409,476,414	430,727,117	
	4-南區分區	272,771,325	0.88219402	240,637,232	288,479,656	
	5-高屏分區	343,095,393	0.88219402	302,676,704	307,450,753	
	6-東區分區	79,508,280	0.88219402	70,141,729	73,977,862	
	7-合計	12,305,084,243(GF1)		2,009,263,102(AF1)	11,735,739,386(BG1)	5,583,544(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	772,725,177	0.88219402	681,693,530	762,476,699	
	2-北區分區	3,284,623,277(BF1)	0.88219402	-----	3,013,133,949	2,560,241
	3-中區分區	285,345,794	0.88219402	251,730,353	274,314,085	
	4-南區分區	100,674,124	0.88219402	88,814,110	99,871,004	
	5-高屏分區	76,184,013	0.88219402	67,209,081	69,541,534	
	6-東區分區	18,202,758	0.88219402	16,058,364	17,733,094	
	7-合計	4,537,755,143(GF1)		1,105,505,438(AF1)	4,237,070,365(BG1)	2,560,241(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	228,014,410	0.88219402	201,152,949	222,434,333	
	2-北區分區	107,666,373	0.88219402	94,982,630	107,330,029	
	3-中區分區	5,136,937,637(BF1)	0.88219402	-----	5,017,258,388	2,663,537
	4-南區分區	135,063,243	0.88219402	119,151,985	156,722,451	
	5-高屏分區	66,068,904	0.88219402	58,285,592	62,173,524	
	6-東區分區	12,533,693	0.88219402	11,057,149	11,733,612	
	7-合計	5,686,284,260(GF1)		484,630,305(AF1)	5,577,652,337(BG1)	2,663,537(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	240,708,378	0.88219402	212,351,492	241,130,226	
	2-北區分區	87,647,047	0.88219402	77,321,701	91,936,736	
	3-中區分區	213,588,025	0.88219402	188,426,078	222,654,598	
	4-南區分區	3,494,355,349(BF1)	0.88219402	-----	4,091,073,007	2,078,315
	5-高屏分區	185,620,555	0.88219402	163,753,344	190,466,594	
	6-東區分區	9,895,893	0.88219402	8,730,098	8,940,834	
	7-合計	4,231,815,247(GF1)		650,582,713(AF1)	4,846,201,995(BG1)	2,078,315(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	132,330,486	0.88219402	116,741,163	120,446,465	
	2-北區分區	50,596,115	0.88219402	44,635,590	47,761,734	
	3-中區分區	82,218,772	0.88219402	72,532,909	79,462,547	
	4-南區分區	225,640,430	0.88219402	199,058,638	227,146,230	
	5-高屏分區	4,090,654,440(BF1)	0.88219402	-----	3,984,883,462	1,604,732
	6-東區分區	15,589,483	0.88219402	13,752,949	14,889,964	
	7-合計	4,597,029,726(GF1)		446,721,249(AF1)	4,474,590,402(BG1)	1,604,732(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	68,174,000	0.88219402	60,142,695	62,848,062	
	2-北區分區	21,477,671	0.88219402	18,947,473	24,062,339	
	3-中區分區	17,032,879	0.88219402	15,026,304	17,551,039	
	4-南區分區	8,813,078	0.88219402	7,774,845	9,029,194	
	5-高屏分區	24,976,227	0.88219402	22,033,878	27,048,853	
	6-東區分區	666,277,511(BF1)	0.88219402	-----	668,469,115	496,995
	7-合計	806,751,366(GF1)		123,925,195(AF1)	809,008,602(BG1)	496,995(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	59,866,912(BF2)	0.92542042	55,402,063	52,133,187
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	12,302,368(BF2)	0.93172325	11,462,402	13,074,134
	4-南區分區	-20,144(BF2)	0.92846584	-18,702	-4,271
	5-高屏分區	635,581(BF2)	0.94539993	600,878	295,910
	6-東區分區	3,940,443(BF2)	0.93603869	3,688,407	3,595,981
	7-合計	76,725,160(GF2)		71,135,048(AF2)	69,094,941(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,243,601(BF2)	0.92542042	1,150,854	1,015,639
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	3,845,621(BF2)	0.93172325	3,583,054	3,940,460
	4-南區分區	-7,439(BF2)	0.92846584	-6,906	-1,400
	5-高屏分區	120,690(BF2)	0.94539993	114,100	62,021
	6-東區分區	1,214,940(BF2)	0.93603869	1,137,231	843,444
	7-合計	6,417,413(GF2)		5,978,333(AF2)	5,860,164(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	606,181(BF2)	0.92542042	560,972	801,155
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	202,860,560(BF2)	0.93172325	189,009,900	211,880,397
	4-南區分區	-29,803(BF2)	0.92846584	-27,670	-1,369
	5-高屏分區	120,437(BF2)	0.94539993	113,861	126,288
	6-東區分區	997,344(BF2)	0.93603869	933,553	868,571
	7-合計	204,554,719(GF2)		190,590,616(AF2)	213,675,042(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	386,894(BF2)	0.92542042	358,040	526,937
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	8,554,544(BF2)	0.93172325	7,970,468	9,429,884
	4-南區分區	-262,131(BF2)	0.92846584	-243,379	-91,712
	5-高屏分區	328,493(BF2)	0.94539993	310,557	184,433
	6-東區分區	1,184,085(BF2)	0.93603869	1,108,349	1,095,145
	7-合計	10,191,885(GF2)		9,504,035(AF2)	11,144,687(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	914,119(BF2)	0.92542042	845,944	1,279,205
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	1,956,585(BF2)	0.93172325	1,822,996	2,535,152
	4-南區分區	-4,215(BF2)	0.92846584	-3,912	-2,080
	5-高屏分區	13,283,390(BF2)	0.94539993	12,558,116	6,865,795
	6-東區分區	847,620(BF2)	0.93603869	793,405	660,141
	7-合計	16,997,499(GF2)		16,016,549(AF2)	11,338,213(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	168,619(BF2)	0.92542042	156,043	180,094
	2-北區分區	0(BF2)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	324,232(BF2)	0.93172325	302,094	476,108
	4-南區分區	-978(BF2)	0.92846584	-907	-146
	5-高屏分區	14,229(BF2)	0.94539993	13,452	14,839
	6-東區分區	14,310,282(BF2)	0.93603869	13,394,978	10,789,976
	7-合計	14,816,384(GF2)		13,865,660(AF2)	11,460,871(BG2)

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：109/02/25

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07-108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：30

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	10,407,170,985(BF3)	0.88219402	-----	4,777,945,906	16,146,612
	2-北區分區	1,110,336,043	0.88219402	979,531,817	560,533,599	
	3-中區分區	469,939,773	0.88219402	414,578,058	233,002,699	
	4-南區分區	287,772,352	0.88219402	253,871,048	134,831,630	
	5-高屏分區	349,952,769	0.88219402	308,726,240	172,304,197	
	6-東區分區	119,346,084	0.88219402	105,286,402	47,876,432	
	7-合計	12,744,518,006(GF3)		2,061,993,565(AF3)	5,926,494,463(BG3)	
2-北區分區	1-臺北分區	930,786,866	0.88219402	821,134,607	474,532,238	6,293,462
	2-北區分區	3,695,450,536(BF3)	0.88219402	-----	1,612,691,520	
	3-中區分區	365,077,926	0.88219402	322,069,563	175,895,865	
	4-南區分區	107,514,403	0.88219402	94,848,563	49,284,968	
	5-高屏分區	83,489,660	0.88219402	73,654,079	39,534,315	
	6-東區分區	38,239,428	0.88219402	33,734,595	13,893,362	
	7-合計	5,220,558,819(GF3)		1,345,441,407(AF3)	2,365,832,268(BG3)	
3-中區分區	1-臺北分區	310,147,622	0.88219402	273,610,377	159,130,906	6,394,814
	2-北區分區	126,731,348	0.88219402	111,801,637	62,674,818	
	3-中區分區	6,056,178,716(BF3)	0.88219402	-----	2,638,851,066	
	4-南區分區	157,851,457	0.88219402	139,255,611	75,113,208	
	5-高屏分區	88,098,836	0.88219402	77,720,266	40,051,708	
	6-東區分區	19,943,728	0.88219402	17,594,238	10,661,435	
	7-合計	6,758,951,707(GF3)		619,982,129(AF3)	2,986,483,141(BG3)	

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	316,543,301	0.88219402	279,252,607	152,202,152	
	2-北區分區	104,027,298	0.88219402	91,772,260	54,153,060	
	3-中區分區	296,458,960	0.88219402	261,534,322	142,163,982	
	4-南區分區	4,820,324,066(BF3)	0.88219402	-----	2,016,671,743	5,492,035
	5-高屏分區	245,274,672	0.88219402	216,379,849	124,174,653	
	6-東區分區	16,390,033	0.88219402	14,459,189	5,617,652	
	7-合計	5,799,018,330(GF3)		863,398,227(AF3)	2,494,983,242(BG3)	5,492,035(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	174,734,389	0.88219402	154,149,633	86,503,027	
	2-北區分區	64,729,249	0.88219402	57,103,756	30,330,950	
	3-中區分區	102,086,465	0.88219402	90,060,069	50,906,913	
	4-南區分區	298,958,773	0.88219402	263,739,642	139,266,898	
	5-高屏分區	5,635,575,556(BF3)	0.88219402	-----	2,390,262,618	4,508,017
	6-東區分區	28,098,892	0.88219402	24,788,674	11,488,590	
	7-合計	6,304,183,324(GF3)		589,841,774(AF3)	2,708,758,996(BG3)	4,508,017(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	110,380,062	0.88219402	97,376,631	52,065,650	
	2-北區分區	41,243,498	0.88219402	36,384,767	17,390,539	
	3-中區分區	25,058,169	0.88219402	22,106,167	12,174,717	
	4-南區分區	12,930,521	0.88219402	11,407,228	5,535,306	
	5-高屏分區	43,978,868	0.88219402	38,797,894	23,416,977	
	6-東區分區	937,341,125(BF3)	0.88219402	-----	392,172,598	585,692
	7-合計	1,170,932,243(GF3)		206,072,687(AF3)	502,755,787(BG3)	585,692(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	108,962,226(BF4)	0.92542042	100,835,869	25,510,864
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	9,755,391(BF4)	0.93172325	9,089,325	3,941,387
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	2,635,061(BF4)	0.94539993	2,491,186	185,013
	6-東區分區	12,263,844(BF4)	0.93603869	11,479,432	1,555,300
	7-合計	133,616,522(GF4)		123,895,812(AF4)	31,192,564(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,501,999(BF4)	0.92542042	2,315,401	633,900
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	3,015,309(BF4)	0.93172325	2,809,434	1,219,310
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	663,959(BF4)	0.94539993	627,707	84,259
	6-東區分區	3,790,648(BF4)	0.93603869	3,548,193	501,607
	7-合計	9,971,915(GF4)		9,300,735(AF4)	2,439,076(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,081,528(BF4)	0.92542042	1,000,868	404,749
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	208,330,677(BF4)	0.93172325	194,106,535	70,058,427
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	514,068(BF4)	0.94539993	486,000	53,540
	6-東區分區	7,302,923(BF4)	0.93603869	6,835,818	1,028,062
	7-合計	217,229,196(GF4)		202,429,221(AF4)	71,544,778(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	914,076(BF4)	0.92542042	845,905	94,209
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	6,397,234(BF4)	0.93172325	5,960,452	3,009,362
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	2,496,569(BF4)	0.94539993	2,360,256	191,699
	6-東區分區	8,729,481(BF4)	0.93603869	8,171,132	1,092,366
	7-合計	18,537,360(GF4)		17,337,745(AF4)	4,387,636(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	992,570(BF4)	0.92542042	918,545	447,598
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	2,921,620(BF4)	0.93172325	2,722,141	1,112,557
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	74,947,553(BF4)	0.94539993	70,855,411	7,102,090
	6-東區分區	6,335,744(BF4)	0.93603869	5,930,502	913,737
	7-合計	85,197,487(GF4)		80,426,599(AF4)	9,575,982(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	366,807(BF4)	0.92542042	339,451	71,099
	2-北區分區	0(BF4)	0.92283501	0	0
	3-中區分區	254,767(BF4)	0.93172325	237,372	126,502
	4-南區分區	0(BF4)	0.92846584	0	0
	5-高屏分區	129,868(BF4)	0.94539993	122,777	4,314
	6-東區分區	42,494,666(BF4)	0.93603869	39,776,651	7,121,233
	7-合計	43,246,108(GF4)		40,476,251(AF4)	7,323,148(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 - 緩起訴捐助款)

- 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)

$$\text{臺北分區} = [17,603,588,713 + 22,063,991,795 - 4,071,256,667 - (17,662,233,849 - 288,355,289 - 195,030,860 - 100,287,505 - 21,730,156)] / 20,434,680,163 = 0.87622594$$

$$\text{北區分區} = [6,413,042,729 + 8,838,299,163 - 2,450,946,845 - (6,602,902,633 - 94,975,832 - 15,279,068 - 8,299,240 - 8,853,703)] / 6,980,073,813 = 0.89684384$$

$$\text{中區分區} = [8,387,594,754 + 11,690,955,584 - 1,104,612,434 - (8,564,135,478 - 144,924,978 - 393,019,837 - 285,219,820 - 9,058,351)] / 11,193,116,353 = 0.88156230$$

$$\text{南區分區} = [6,666,932,751 + 9,491,994,922 - 1,513,980,940 - (7,341,185,237 - 120,834,732 - 26,841,780 - 15,532,323 - 7,570,350)] / 8,314,679,415 = 0.88694361$$

$$\text{高屏分區} = [6,972,839,320 + 10,124,846,194 - 1,036,563,023 - (7,183,349,398 - 133,258,522 - 96,443,148 - 20,914,195 - 6,112,749)] / 9,726,229,996 = 0.91377291$$

$$\text{東區分區} = [1,147,421,244 + 1,961,507,431 - 329,997,882 - (1,311,764,389 - 19,468,028 - 54,341,911 - 18,784,019 - 1,082,687)] / 1,603,618,636 = 0.88077413$$

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 - 緩起訴捐助款)

- 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)

$$= [47,191,419,511 + 64,171,595,089 - (49,114,608,086 - 801,817,381 - 4,002) - 54,407,996] / 71,000,384,062 = 0.88726027$$

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. 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) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款 + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	= [17,603,588,713 + 22,063,991,795]	/ [25,259,943,931 + 17,762,521,354 - 288,355,289	-	0 + 21,730,156]	= 0.92776988
北區分區	= [6,413,042,729 + 8,838,299,163]	/ [9,774,703,290 + 6,611,201,873 - 94,975,832	-	0 + 8,853,703]	= 0.93567760
中區分區	= [8,387,594,754 + 11,690,955,584]	/ [12,867,019,882 + 8,849,355,298 - 144,924,978	-	0 + 9,058,351]	= 0.93040209
南區分區	= [6,666,932,751 + 9,491,994,922]	/ [10,059,562,822 + 7,356,717,560 - 120,834,732	-	0 + 7,570,350]	= 0.93387925
高屏分區	= [6,972,839,320 + 10,124,846,194]	/ [11,003,408,036 + 7,204,263,593 - 133,258,522	-	4,002 + 6,112,749]	= 0.94564115
東區分區	= [1,147,421,244 + 1,961,507,431]	/ [2,035,746,101 + 1,330,548,408 - 19,468,028	-	0 + 1,082,687]	= 0.92861799

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
= [47,191,419,511 + 64,171,595,089] / [71,000,384,062 + 49,114,608,086 - 801,817,381 - 4,002 + 54,407,996] = 0.93294189

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) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數 (BJ) + 專款專用已支用點數 (含品質保證保留款)]
= [47,191,419,511 + 64,171,595,089 + 5,907,662,567] / [71,000,384,062 + 49,114,608,086 - 801,817,381 - 4,002 + 54,407,996 + 5,907,662,567]
= 0.93610418

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
= 479,157,911 + 3,471,404,929 + 1,193,159,814 + 204,516,908 + 20,424,101 + 27,552,696 + 229,679,581 + 54,925,300 + 199,180,436 + 27,660,891
= 5,907,662,567
- 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108/06(含)以前：於108/10/01~108/12/31期間核付者。
費用年月108/07~108/09：於108/07/01~108/12/31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。