

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 108年調整後第1季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

$$= 108\text{年調整前第1季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_{q1})$$
$$= 439,020,578,615 \times 23.786178\%$$
$$= 104,426,216,286 \text{ (D)}$$

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：108/08/13

108年第1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

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 | | | | 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 其他醫療服務 利用及密集度 之改變(說明3) | 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) | | | |
| | (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1季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 107年第1季醫院門診透析服務預算 \times (1+1.839\%) \\ &= 5,089,512,506 \times (1+1.839\%) \\ &= 5,183,108,641 \end{aligned}$$

(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1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： | 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： | 5,716,515 | 全年已支用點數： | 173 | 全年已支用點數： | 5,716,688 |

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： | 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： | 2,832,384,261 | 全年已支用點數： | 3,820,480 | 全年已支用點數： | 2,836,204,741 |

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： | 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： | 2,838,100,776 | 全年已支用點數： | 3,820,653 | 全年已支用點數： | 2,841,921,429 |

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：108/08/13

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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 |

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,841,921,429 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 4,760,000,000 - (2,841,921,429 - 71,349,264) \\ &= 4,760,000,000 - 2,770,572,165 \\ &= 1,989,427,835 \end{aligned}$$

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： | 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： | 1,259,565,386 | 全年已支用點數： | 237,930,915 | 全年已支用點數： | 1,497,496,301 |

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,497,496,301 \end{aligned}$$

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： | 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： | 790,957,487 | 全年已支用點數： | 91,237,996 | 全年已支用點數： | 882,195,483 |

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 882,195,483 \end{aligned}$$

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： | 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： | 896,259,922 | 全年已支用點數： | 472,586 | 全年已支用點數： | 896,732,508 |

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 896,732,508 \end{aligned}$$

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： | 0 | 第2季已支用點數： | 0 |
| 第3季已支用點數： | 0 | 第3季已支用點數： | 0 | 第3季已支用點數： | 0 |
| 第4季已支用點數： | 0 | 第4季已支用點數： | 0 | 第4季已支用點數： | 0 |
| 全年已支用點數： | 0 | 全年已支用點數： | 1,260,000 | 全年已支用點數： | 1,260,000 |

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：108/08/13

108年第1季

結算主要費用年月起迄：108/01-108/03

核付截止日期：108/06/30

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： | 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： | 2,946,782,795 | 全年已支用點數： | 330,901,497 | 全年已支用點數： | 3,277,684,292 |

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
= 3,277,684,292

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 - (3,277,684,292 - 0)
= 15,234,400,000 - 3,277,684,292
= 11,956,715,708

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： | 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： | 587,031,282 | 全年已支用點數： | 482,719,308 | 全年已支用點數： | 1,069,750,590 |

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 1,069,750,590

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 3,643,049,410

(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： | 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

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： | 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： | 10,333,540 | 全年已支用點數： | 0 | 全年已支用點數： | 10,333,540 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,333,540

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： | 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： | 138,637,207 | 全年已支用點數： | 0 | 全年已支用點數： | 138,637,207 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 138,637,207

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： | 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： | 9,354,767 | 全年已支用點數： | 0 | 全年已支用點數： | 9,354,767 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,354,767

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： | 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： | 7,508,670 | 全年已支用點數： | 0 | 全年已支用點數： | 7,508,670 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,508,670

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： | 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： | 12,926,100 | 全年已支用點數： | 12,926,100 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,926,100

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： | 0 |
| 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： | 425,000 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 425,000

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： | 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： | 5,231,620 | 全年已支用點數： | 0 | 全年已支用點數： | 5,231,620 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,231,620

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：108/08/13

108年第1季

結算主要費用年月起迄：108/01-108/03

核付截止日期：108/06/30

頁次：11

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. 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： | 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： | 171,490,804 | 全年已支用點數： | 12,926,100 | 全年已支用點數： | 184,416,904 |
| 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 | = 171,490,804 | 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 | = 1,002,583,096 | | |

(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 | 0(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 | 0(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 | 0(K3) |
| (4) 合計： | 已支用點數 | 0(K9) |
| 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 = 22,202,810 |

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：108/08/13

108年第1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

頁次：12

第3季：

| | | | | |
|---------------------------------|---------------|-------------|------------|----------------------|
| 預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ | 80,000,000/4＋ | 22,202,810＝ | 42,202,810 | |
| (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＝42,202,810 |

第4季：

| | | | | |
|---------------------------------|---------------|-------------|------------|----------------------|
| 預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ | 80,000,000/4＋ | 42,202,810＝ | 62,202,810 | |
| (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＝62,202,810 |

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 | 4,873,126(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 | 5,444,064(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 | 7,480,000(N3) |
| (4)合計： | 已支用點數 | 17,797,190(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)＝ | | 17,797,190 |
| 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ | | 62,202,810 |

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： | 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： | 4,519,000 | 全年已支用點數： | 4,836,000 | 全年已支用點數： | 9,355,000 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 9,355,000

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： | 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： | 9,079,959 | 全年已支用點數： | 1,884,936 | 全年已支用點數： | 10,964,895 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,964,895

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 |

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

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

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：108/08/13

108年第1季

結算主要費用年月起迄：108/01—108/03

核付截止日期：108/06/30

頁次：14

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： | 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： | 13,598,959 | 全年已支用點數： | 6,720,936 | 全年已支用點數： | 20,319,895 |

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 20,319,895 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 139,680,105 \end{aligned}$$

(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： | 0 |
| 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： 221,133,400

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{全年已支用點數} = 221,133,400$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 728,866,600$$

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：
 - 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。
 - 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)。
 - 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。
 - 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。
 - 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：0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 301,932,600 \end{aligned}$$

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=689,000,000/4+301,932,600=474,182,600

已支用點數：0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 474,182,600 \end{aligned}$$

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額=689,000,000/4+474,182,600=646,432,600

已支用點數：0

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

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 646,432,600 \end{aligned}$$

全年合計：

全年預算=689,000,000

已支用點數：42,567,400

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額} = 42,567,400 + 0 + 0 + 0 = 42,567,400$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 689,000,000 - 42,567,400 = 646,432,600$$

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)

=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) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%) + 406,500,000

= (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% + 406,500,000

= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 406,500,000

= 795,202,957

※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： 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： 24,759,401

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 24,759,401

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 114,000,000 - 24,759,401 = 89,240,599

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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 第3季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 第4季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 104,976,155,773 | 5,183,108,641 | 0 | 60,587,595,428 | 44,388,560,345 |

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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 第3季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 第4季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 104,426,216,286 | 5,183,108,641 | 0 | 60,285,128,710 | 44,141,087,576 |

- 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 | | | |
| | 北區分區 | 0.14614 | | | |
| | 中區分區 | 0.17575 | | | |
| | 南區分區 | 0.13883 | | | |
| | 高屏分區 | 0.14410 | | | |
| | 東區分區 | 0.02411 | | | |
| 2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S) | 臺北分區 | 0.37624 | | | |
| | 北區分區 | 0.12564 | | | |
| | 中區分區 | 0.17851 | | | |
| | 南區分區 | 0.14305 | | | |
| | 高屏分區 | 0.15267 | | | |
| | 東區分區 | 0.02389 | | | |
| 3. 住診人口風險因子校正比例(R) | 臺北分區 | 0.34462 | | | |
| | 北區分區 | 0.15442 | | | |
| | 中區分區 | 0.18210 | | | |
| | 南區分區 | 0.14121 | | | |
| | 高屏分區 | 0.15370 | | | |
| | 東區分區 | 0.02395 | | | |
| 4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S) | 臺北分區 | 0.34336 | | | |
| | 北區分區 | 0.12417 | | | |
| | 中區分區 | 0.18251 | | | |
| | 南區分區 | 0.15388 | | | |
| | 高屏分區 | 0.16045 | | | |
| | 東區分區 | 0.03563 | | | |

(四)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 | 4,357,395 | 4,357,395 | 4,357,393 | 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 | 30,608,160 | 37,320,538 | 55,820,537 | 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：
 - 臺北及中區因方案尚未執行，爰台北保留108年Q1風險移撥款預算3,268,046元，並按季均分至Q2~Q4；中區保留108年Q1-Q2預算共計6,712,378元，並按季均分至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 | - | 1,960,828 | 1,960,828 | 1,960,827 | 5,882,483 |
| 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 | 13,773,672 | 16,794,242 | 25,119,241 | 67,499,999 |
| 2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%) | | | | | |
| 臺北分區 | - | 2,396,567 | 2,396,567 | 2,396,566 | 7,189,700 |
| 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 | 16,834,488 | 20,526,296 | 30,701,296 | 82,500,001 |
| 3. 門住診合計 | 26,250,765 | 30,608,160 | 37,320,538 | 55,820,537 | 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 | | | | 16,627,692,763 |
| 北區分區 | 6,033,037,537 | | | | 6,033,037,537 |
| 中區分區 | 7,862,545,694 | | | | 7,862,545,694 |
| 南區分區 | 6,328,489,101 | | | | 6,328,489,101 |
| 高屏分區 | 6,590,339,235 | | | | 6,590,339,235 |
| 東區分區 | 1,072,848,859 | | | | 1,072,848,859 |
| 小 計 | 44,514,953,189 | | | | 44,514,953,189 |

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 | | | | 20,837,709,933 |
| 北區分區 | 8,349,225,566 | | | | 8,349,225,566 |
| 中區分區 | 11,046,663,630 | | | | 11,046,663,630 |
| 南區分區 | 8,979,611,127 | | | | 8,979,611,127 |
| 高屏分區 | 9,541,660,369 | | | | 9,541,660,369 |
| 東區分區 | 1,847,162,724 | | | | 1,847,162,724 |
| 小 計 | 60,602,033,349 | | | | 60,602,033,349 |

(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 | | | | 16,535,223,325 |
| 北區分區 | 5,999,408,463 | | | | 5,999,408,463 |
| 中區分區 | 7,818,710,842 | | | | 7,818,710,842 |
| 南區分區 | 6,293,610,289 | | | | 6,293,610,289 |
| 高屏分區 | 6,553,617,988 | | | | 6,553,617,988 |
| 東區分區 | 1,066,909,513 | | | | 1,066,909,513 |
| 小 計 | 44,267,480,420 | | | | 44,267,480,420 |

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 | | | | 20,733,683,462 |
| 北區分區 | 8,307,550,945 | | | | 8,307,550,945 |
| 中區分區 | 10,991,516,235 | | | | 10,991,516,235 |
| 南區分區 | 8,934,792,063 | | | | 8,934,792,063 |
| 高屏分區 | 9,494,048,327 | | | | 9,494,048,327 |
| 東區分區 | 1,837,975,599 | | | | 1,837,975,599 |
| 小 計 | 60,299,566,631 | | | | 60,299,566,631 |

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 | 9,264,246,141(BF1) | 0.87053605 | ----- | 9,484,775,991 | 4,787,593 |
| | 2-北區分區 | 1,022,813,938 | 0.87053605 | 890,396,405 | 1,029,956,459 | |
| | 3-中區分區 | 422,065,111 | 0.87053605 | 367,422,895 | 420,951,600 | |
| | 4-南區分區 | 253,600,189 | 0.87053605 | 220,768,107 | 278,409,267 | |
| | 5-高屏分區 | 313,559,327 | 0.87053605 | 272,964,698 | 287,922,902 | |
| | 6-東區分區 | 74,209,796 | 0.87053605 | 64,602,303 | 72,291,662 | |
| | 7-合計 | 11,350,494,502(GF1) | | 1,816,154,408(AF1) | 11,574,307,881(BG1) | 4,787,593(BJ1) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 712,940,932 | 0.87053605 | 620,640,783 | 777,419,232 | |
| | 2-北區分區 | 2,974,913,655(BF1) | 0.87053605 | ----- | 2,911,009,483 | 2,418,577 |
| | 3-中區分區 | 259,130,189 | 0.87053605 | 225,582,171 | 259,424,461 | |
| | 4-南區分區 | 91,208,263 | 0.87053605 | 79,400,081 | 95,193,031 | |
| | 5-高屏分區 | 68,823,496 | 0.87053605 | 59,913,334 | 63,953,003 | |
| | 6-東區分區 | 16,757,911 | 0.87053605 | 14,588,366 | 17,387,317 | |
| | 7-合計 | 4,123,774,446(GF1) | | 1,000,124,735(AF1) | 4,124,386,527(BG1) | 2,418,577(BJ1) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 210,414,266 | 0.87053605 | 183,173,204 | 230,186,776 | |
| | 2-北區分區 | 101,265,758 | 0.87053605 | 88,155,493 | 101,674,558 | |
| | 3-中區分區 | 4,634,747,175(BF1) | 0.87053605 | ----- | 4,853,580,969 | 2,393,747 |
| | 4-南區分區 | 126,799,781 | 0.87053605 | 110,383,780 | 147,738,698 | |
| | 5-高屏分區 | 60,676,622 | 0.87053605 | 52,821,187 | 57,044,768 | |
| | 6-東區分區 | 11,434,156 | 0.87053605 | 9,953,845 | 10,485,948 | |
| | 7-合計 | 5,145,337,758(GF1) | | 444,487,509(AF1) | 5,400,711,717(BG1) | 2,393,747(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 | 215,082,603 | 0.87053605 | 187,237,160 | 255,730,209 | |
| | 2-北區分區 | 79,609,041 | 0.87053605 | 69,302,540 | 87,931,972 | |
| | 3-中區分區 | 193,331,289 | 0.87053605 | 168,301,857 | 211,792,661 | |
| | 4-南區分區 | 3,257,351,161(BF1) | 0.87053605 | ----- | 3,969,775,533 | 1,841,311 |
| | 5-高屏分區 | 172,974,375 | 0.87053605 | 150,580,429 | 182,743,291 | |
| | 6-東區分區 | 7,590,757 | 0.87053605 | 6,608,028 | 8,263,653 | |
| | 7-合計 | 3,925,939,226(GF1) | | 582,030,014(AF1) | 4,716,237,319(BG1) | 1,841,311(BJ1) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 120,933,132 | 0.87053605 | 105,276,651 | 130,907,330 | |
| | 2-北區分區 | 44,267,581 | 0.87053605 | 38,536,525 | 43,673,000 | |
| | 3-中區分區 | 76,283,989 | 0.87053605 | 66,407,962 | 75,957,049 | |
| | 4-南區分區 | 206,502,117 | 0.87053605 | 179,767,537 | 222,812,105 | |
| | 5-高屏分區 | 3,782,011,358(BF1) | 0.87053605 | ----- | 3,817,624,756 | 1,442,858 |
| | 6-東區分區 | 14,124,717 | 0.87053605 | 12,296,075 | 14,052,061 | |
| | 7-合計 | 4,244,122,894(GF1) | | 402,284,750(AF1) | 4,305,026,301(BG1) | 1,442,858(BJ1) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 61,188,334 | 0.87053605 | 53,266,651 | 67,010,680 | |
| | 2-北區分區 | 20,707,114 | 0.87053605 | 18,026,289 | 23,593,416 | |
| | 3-中區分區 | 16,110,659 | 0.87053605 | 14,024,909 | 18,490,050 | |
| | 4-南區分區 | 8,638,055 | 0.87053605 | 7,519,738 | 10,258,336 | |
| | 5-高屏分區 | 22,379,014 | 0.87053605 | 19,481,738 | 26,967,276 | |
| | 6-東區分區 | 609,193,016(BF1) | 0.87053605 | ----- | 652,204,327 | 352,206 |
| | 7-合計 | 738,216,192(GF1) | | 112,319,325(AF1) | 798,524,085(BG1) | 352,206(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 | 50,579,312(BF2) | 0.91369247 | 46,213,937 | 49,633,071 |
| | 2-北區分區 | 0(BF2) | 0.93386551 | 0 | -116 |
| | 3-中區分區 | 12,097,522(BF2) | 0.92746203 | 11,219,992 | 13,234,166 |
| | 4-南區分區 | 928(BF2) | 0.92074388 | 854 | 1,552 |
| | 5-高屏分區 | 594,187(BF2) | 0.93900103 | 557,942 | 333,137 |
| | 6-東區分區 | 3,876,551(BF2) | 0.92001436 | 3,566,483 | 3,615,970 |
| | 7-合計 | 67,148,500(GF2) | | 61,559,208(AF2) | 66,817,780(BG2) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 947,771(BF2) | 0.91369247 | 865,971 | 943,457 |
| | 2-北區分區 | 0(BF2) | 0.93386551 | 0 | -1,128 |
| | 3-中區分區 | 3,667,513(BF2) | 0.92746203 | 3,401,479 | 4,266,695 |
| | 4-南區分區 | 237(BF2) | 0.92074388 | 218 | 486 |
| | 5-高屏分區 | 125,666(BF2) | 0.93900103 | 118,001 | 60,105 |
| | 6-東區分區 | 1,219,872(BF2) | 0.92001436 | 1,122,300 | 857,505 |
| | 7-合計 | 5,961,059(GF2) | | 5,507,969(AF2) | 6,127,120(BG2) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 513,395(BF2) | 0.91369247 | 469,085 | 576,186 |
| | 2-北區分區 | 0(BF2) | 0.93386551 | 0 | -10 |
| | 3-中區分區 | 187,166,306(BF2) | 0.92746203 | 173,589,642 | 210,991,743 |
| | 4-南區分區 | -720(BF2) | 0.92074388 | -662 | 501 |
| | 5-高屏分區 | 131,307(BF2) | 0.93900103 | 123,297 | 152,387 |
| | 6-東區分區 | 1,027,777(BF2) | 0.92001436 | 945,570 | 867,392 |
| | 7-合計 | 188,838,065(GF2) | | 175,126,932(AF2) | 212,588,199(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 | 406,940(BF2) | 0.91369247 | 371,818 | 581,731 |
| | 2-北區分區 | 0(BF2) | 0.93386551 | 0 | -13 |
| | 3-中區分區 | 7,878,570(BF2) | 0.92746203 | 7,307,075 | 8,381,773 |
| | 4-南區分區 | 22,832(BF2) | 0.92074388 | 21,022 | 36,572 |
| | 5-高屏分區 | 338,889(BF2) | 0.93900103 | 318,217 | 162,905 |
| | 6-東區分區 | 1,280,281(BF2) | 0.92001436 | 1,177,877 | 1,042,209 |
| | 7-合計 | 9,927,512(GF2) | | 9,196,009(AF2) | 10,205,177(BG2) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 682,534(BF2) | 0.91369247 | 623,626 | 872,421 |
| | 2-北區分區 | 0(BF2) | 0.93386551 | 0 | -10 |
| | 3-中區分區 | 1,721,820(BF2) | 0.92746203 | 1,596,923 | 2,458,601 |
| | 4-南區分區 | 652(BF2) | 0.92074388 | 600 | 921 |
| | 5-高屏分區 | 12,931,887(BF2) | 0.93900103 | 12,143,055 | 7,036,809 |
| | 6-東區分區 | 801,593(BF2) | 0.92001436 | 737,477 | 661,489 |
| | 7-合計 | 16,138,486(GF2) | | 15,101,681(AF2) | 11,030,231(BG2) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 178,561(BF2) | 0.91369247 | 163,150 | 153,997 |
| | 2-北區分區 | 0(BF2) | 0.93386551 | 0 | -4 |
| | 3-中區分區 | 373,727(BF2) | 0.92746203 | 346,618 | 522,897 |
| | 4-南區分區 | 18(BF2) | 0.92074388 | 17 | 60 |
| | 5-高屏分區 | 21,011(BF2) | 0.93900103 | 19,729 | 23,775 |
| | 6-東區分區 | 13,771,803(BF2) | 0.92001436 | 12,670,257 | 10,862,920 |
| | 7-合計 | 14,345,120(GF2) | | 13,199,771(AF2) | 11,563,645(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 | 9,773,405,304(BF3) | 0.87053605 | ----- | 4,264,007,893 | 14,218,969 |
| | 2-北區分區 | 1,050,509,763 | 0.87053605 | 914,506,620 | 521,781,792 | |
| | 3-中區分區 | 430,404,772 | 0.87053605 | 374,682,870 | 206,957,591 | |
| | 4-南區分區 | 277,665,295 | 0.87053605 | 241,717,649 | 126,937,272 | |
| | 5-高屏分區 | 330,986,157 | 0.87053605 | 288,135,382 | 162,823,614 | |
| | 6-東區分區 | 121,097,592 | 0.87053605 | 105,419,819 | 47,018,096 | |
| | 7-合計 | 11,984,068,883(GF3) | | 1,924,462,340(AF3) | 5,329,526,258(BG3) | 14,218,969(BJ3) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 893,044,774 | 0.87053605 | 777,427,670 | 434,407,157 | |
| | 2-北區分區 | 3,494,691,530(BF3) | 0.87053605 | ----- | 1,520,514,892 | 6,330,362 |
| | 3-中區分區 | 331,530,484 | 0.87053605 | 288,609,238 | 156,173,398 | |
| | 4-南區分區 | 97,202,449 | 0.87053605 | 84,618,236 | 46,072,324 | |
| | 5-高屏分區 | 82,670,930 | 0.87053605 | 71,968,025 | 37,895,057 | |
| | 6-東區分區 | 36,845,388 | 0.87053605 | 32,075,239 | 12,347,287 | |
| | 7-合計 | 4,935,985,555(GF3) | | 1,254,698,408(AF3) | 2,207,410,115(BG3) | 6,330,362(BJ3) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 282,070,674 | 0.87053605 | 245,552,690 | 134,795,262 | |
| | 2-北區分區 | 116,317,894 | 0.87053605 | 101,258,920 | 59,782,830 | |
| | 3-中區分區 | 5,725,324,633(BF3) | 0.87053605 | ----- | 2,414,287,174 | 5,404,753 |
| | 4-南區分區 | 160,111,864 | 0.87053605 | 139,383,150 | 73,246,629 | |
| | 5-高屏分區 | 72,366,364 | 0.87053605 | 62,997,529 | 34,454,884 | |
| | 6-東區分區 | 22,953,019 | 0.87053605 | 19,981,430 | 8,093,190 | |
| | 7-合計 | 6,379,144,448(GF3) | | 569,173,719(AF3) | 2,724,659,969(BG3) | 5,404,753(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 | 297,727,317 | 0.87053605 | 259,182,363 | 133,398,457 | |
| | 2-北區分區 | 96,751,053 | 0.87053605 | 84,225,280 | 47,181,027 | |
| | 3-中區分區 | 279,396,193 | 0.87053605 | 243,224,458 | 130,948,632 | |
| | 4-南區分區 | 4,482,726,664(BF3) | 0.87053605 | ----- | 1,856,217,831 | 3,849,108 |
| | 5-高屏分區 | 213,625,276 | 0.87053605 | 185,968,504 | 103,778,401 | |
| | 6-東區分區 | 16,306,652 | 0.87053605 | 14,195,528 | 5,892,811 | |
| | 7-合計 | 5,386,533,155(GF3) | | 786,796,133(AF3) | 2,277,417,159(BG3) | 3,849,108(BJ3) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 154,567,986 | 0.87053605 | 134,557,004 | 75,532,702 | |
| | 2-北區分區 | 53,530,183 | 0.87053605 | 46,599,954 | 23,755,047 | |
| | 3-中區分區 | 86,354,065 | 0.87053605 | 75,174,327 | 42,160,612 | |
| | 4-南區分區 | 289,328,867 | 0.87053605 | 251,871,209 | 126,607,506 | |
| | 5-高屏分區 | 5,201,642,696(BF3) | 0.87053605 | ----- | 2,152,679,379 | 4,620,746 |
| | 6-東區分區 | 26,943,365 | 0.87053605 | 23,455,171 | 10,195,891 | |
| | 7-合計 | 5,812,367,162(GF3) | | 531,657,665(AF3) | 2,430,931,137(BG3) | 4,620,746(BJ3) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 93,373,466 | 0.87053605 | 81,284,968 | 46,514,987 | |
| | 2-北區分區 | 34,623,790 | 0.87053605 | 30,141,257 | 16,658,325 | |
| | 3-中區分區 | 25,390,522 | 0.87053605 | 22,103,365 | 12,511,482 | |
| | 4-南區分區 | 15,443,455 | 0.87053605 | 13,444,084 | 8,661,306 | |
| | 5-高屏分區 | 41,476,021 | 0.87053605 | 36,106,371 | 19,593,440 | |
| | 6-東區分區 | 856,395,264(BF3) | 0.87053605 | ----- | 358,480,679 | 305,239 |
| | 7-合計 | 1,066,702,518(GF3) | | 183,080,045(AF3) | 462,420,219(BG3) | 305,239(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 | 102,640,724(BF4) | 0.91369247 | 93,782,057 | 23,634,363 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93386551 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 9,666,240(BF4) | 0.92746203 | 8,965,071 | 3,297,940 |
| | 4-南區分區 | 330(BF4) | 0.92074388 | 304 | 188 |
| | 5-高屏分區 | 1,865,078(BF4) | 0.93900103 | 1,751,310 | 194,674 |
| | 6-東區分區 | 9,492,041(BF4) | 0.92001436 | 8,732,814 | 1,480,290 |
| | 7-合計 | 123,664,413(GF4) | | 113,231,556(AF4) | 28,607,455(BG4) |
| 2-北區分區 | 1-臺北分區 | 1,989,322(BF4) | 0.91369247 | 1,817,629 | 490,224 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93386551 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 3,123,963(BF4) | 0.92746203 | 2,897,357 | 1,190,656 |
| | 4-南區分區 | 204(BF4) | 0.92074388 | 188 | 126 |
| | 5-高屏分區 | 930,385(BF4) | 0.93900103 | 873,632 | 115,111 |
| | 6-東區分區 | 3,916,128(BF4) | 0.92001436 | 3,602,894 | 551,293 |
| | 7-合計 | 9,960,002(GF4) | | 9,191,700(AF4) | 2,347,410(BG4) |
| 3-中區分區 | 1-臺北分區 | 637,290(BF4) | 0.91369247 | 582,287 | 194,642 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93386551 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 199,205,934(BF4) | 0.92746203 | 184,755,940 | 68,323,036 |
| | 4-南區分區 | 12(BF4) | 0.92074388 | 11 | 43 |
| | 5-高屏分區 | 918,639(BF4) | 0.93900103 | 862,603 | 73,579 |
| | 6-東區分區 | 7,404,349(BF4) | 0.92001436 | 6,812,107 | 1,012,761 |
| | 7-合計 | 208,166,224(GF4) | | 193,012,948(AF4) | 69,604,061(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 | 1,159,812(BF4) | 0.91369247 | 1,059,711 | 219,537 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93386551 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 6,426,662(BF4) | 0.92746203 | 5,960,485 | 2,723,505 |
| | 4-南區分區 | 12,920(BF4) | 0.92074388 | 11,896 | 4,992 |
| | 5-高屏分區 | 2,826,633(BF4) | 0.93900103 | 2,654,211 | 193,640 |
| | 6-東區分區 | 7,339,372(BF4) | 0.92001436 | 6,752,328 | 974,280 |
| | 7-合計 | 17,765,399(GF4) | | 16,438,631(AF4) | 4,115,954(BG4) |
| 5-高屏分區 | 1-臺北分區 | 808,467(BF4) | 0.91369247 | 738,690 | 221,631 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93386551 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 2,995,817(BF4) | 0.92746203 | 2,778,507 | 781,569 |
| | 4-南區分區 | 270(BF4) | 0.92074388 | 249 | 135 |
| | 5-高屏分區 | 65,392,364(BF4) | 0.93900103 | 61,403,497 | 6,211,803 |
| | 6-東區分區 | 6,208,108(BF4) | 0.92001436 | 5,711,549 | 809,081 |
| | 7-合計 | 75,405,026(GF4) | | 70,632,492(AF4) | 8,024,219(BG4) |
| 6-東區分區 | 1-臺北分區 | 466,056(BF4) | 0.91369247 | 425,832 | 89,203 |
| | 2-北區分區 | 0(BF4) | 0.93386551 | 0 | 0 |
| | 3-中區分區 | 304,990(BF4) | 0.92746203 | 282,867 | 124,305 |
| | 4-南區分區 | 44(BF4) | 0.92074388 | 41 | 27 |
| | 5-高屏分區 | -129(BF4) | 0.93900103 | -120 | 0 |
| | 6-東區分區 | 41,058,589(BF4) | 0.92001436 | 37,774,491 | 6,893,423 |
| | 7-合計 | 41,829,550(GF4) | | 38,483,111(AF4) | 7,106,958(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)

$$\text{臺北分區} = [16,535,223,325 + 20,733,683,462 - 3,740,616,748 - (16,903,834,139 - 100,755,198) - 174,790,764 - 95,425,235 - 19,006,562] / 19,037,651,445 = 0.86334118$$

$$\text{北區分區} = [5,999,408,463 + 8,307,550,945 - 2,254,823,143 - (6,331,796,642 - 31,900,150) - 14,699,669 - 8,474,530 - 8,748,939] / 6,469,605,185 = 0.88418326$$

$$\text{中區分區} = [7,818,710,842 + 10,991,516,235 - 1,013,661,228 - (8,125,371,686 - 49,541,902) - 368,139,880 - 282,192,260 - 7,798,500] / 10,360,071,808 = 0.87476280$$

$$\text{南區分區} = [6,293,610,289 + 8,934,792,063 - 1,368,826,147 - (6,993,654,478 - 33,800,249) - 25,634,640 - 14,321,131 - 5,690,419] / 7,740,077,825 = 0.88553060$$

$$\text{高屏分區} = [6,553,617,988 + 9,494,048,327 - 933,942,415 - (6,735,957,438 - 43,005,112) - 85,734,173 - 19,054,450 - 6,063,604] / 8,983,654,054 = 0.92500438$$

$$\text{東區分區} = [1,066,909,513 + 1,837,975,599 - 295,399,370 - (1,260,944,304 - 4,972,855) - 51,682,882 - 18,670,603 - 657,445] / 1,465,588,280 = 0.87507752$$

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)

$$= [44,267,480,420 + 60,299,566,631 - (46,789,696,896 - 263,975,466) - 47,965,469] / 65,871,836,095 = 0.88039690$$

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。

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

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [16,535,223,325 + 20,733,683,462] \div [23,525,376,298 + 16,999,259,374 - 100,755,198 + 19,006,562] = 0.92151944 \\ \text{北區分區} &= [5,999,408,463 + 8,307,550,945] \div [9,075,681,062 + 6,340,271,172 - 31,900,150 + 8,748,939] = 0.92945783 \\ \text{中區分區} &= [7,818,710,842 + 10,991,516,235] \div [11,921,486,495 + 8,407,563,946 - 49,541,902 + 7,798,500] = 0.92719192 \\ \text{南區分區} &= [6,293,610,289 + 8,934,792,063] \div [9,340,165,292 + 7,007,975,609 - 33,800,249 + 5,690,419] = 0.93311111 \\ \text{高屏分區} &= [6,553,617,988 + 9,494,048,327] \div [10,148,033,568 + 6,755,011,888 - 43,005,112 + 6,063,604] = 0.95147441 \\ \text{東區分區} &= [1,066,909,513 + 1,837,975,599] \div [1,861,093,380 + 1,279,614,907 - 4,972,855 + 657,445] = 0.92618662 \end{aligned}$$

$$8. \text{非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值} \\ = [44,267,480,420 + 60,299,566,631] \div [65,871,836,095 + 46,789,696,896 - 263,975,466 + 47,965,469] = 0.92993517$$

$$9. \text{醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)} \\ = \text{加總}[\text{調整後分區門診一般服務預算總額}(BD4) + \text{調整後分區住診一般服務預算總額}(BD3) + \text{專款專用暫結金額}] \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數}(GF) + \text{核定非浮動點數}(BG) - \text{藥品價量協議} + \text{自墊核退點數}(BJ) \\ + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\ = [44,267,480,420 + 60,299,566,631 + 7,823,581,089] \\ \div [65,871,836,095 + 46,789,696,896 - 263,975,466 + 47,965,469 + 7,823,581,089] \\ = 0.93449294$$

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
= 2,770,572,165 + 3,277,684,292 + 1,069,750,590 + 184,416,904 + 17,797,190 + 20,319,895 + 221,133,400 + 42,567,400 + 194,579,852 + 24,759,401
= 7,823,581,089
- 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107/12(含)以前：於108/04/01~108/06/30期間核付者。
費用年月108/01~108/03：於108/01/01~108/06/30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。