

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 109年第4季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=109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)－ 109年第1～3季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= 463,813,586,254－ 110,956,658,589－ 115,709,653,248－ 117,573,005,778

= 119,574,268,639 (D)

註：

1. 依據108年11月27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4次會議決定，109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23.922684%、第2季24.947448%、第3季25.349194%、第4季25.780674%。

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. 109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、109年其他醫療服務利用及密集度之改變及風險調整基金移撥款)為463,813,586,254元。

(1)109年第1季調整後預算110,956,658,589=463,813,586,254 × 23.922684% (h_q1)。

(2)109年第2季調整後預算115,709,653,248=463,813,586,254 × 24.947448% (h_q2)。

(3)109年第3季調整後預算117,573,005,778=463,813,586,254 × 25.349194% (h_q3)。

(4)109年第4季調整後預算=109年全年預算數－109年第1季調整後預算－109年第2季調整後預算－109年第3季調整後預算=119,574,268,639。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 2

(二) 109年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	107年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	106年各季校正 投保人口預估 成長率差值	107年新材 未導入預算 (註1)	107年違反 特管辦法之 扣款(註1)	108年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註1)	107年各季校正 投保人口預估 成長率差值	108年違反 特管辦法之扣 款(註2)	109年調整 前各季一般服 務醫療給付費 用總額(註2)
	(A1)	(B1)	(B2)	(B3)	(G0) =(A1+B1-B2+B3)×(1+4.080%)	(B4)	(B5)	(G) =(G0+B4+B5) ×(1+5.471%)
第1季	100,907,956,605	218,990,692	38,750,000	8,257,954	105,221,190,625	255,416,233	7,442,681	111,255,081,889
第2季	108,138,306,210	293,091,879	38,750,000	8,257,954	112,823,663,010	181,040,068	7,442,681	119,195,040,253
第3季	106,023,607,050	150,867,011	38,750,000	8,257,954	110,474,656,481	122,254,847	7,442,681	116,655,518,217
第4季	106,826,755,410	331,034,344	38,750,000	8,257,955	111,498,091,456	165,013,730	7,442,679	117,780,043,539
合 計	421,896,625,275	993,983,926	155,000,000	33,031,817	440,017,601,572	723,724,878	29,770,722	464,885,683,898

項目	106年品質 保證保留款 (註3)	109年 其他醫療服務 利用及密集度 之改變(註4)	109年風險 調整基金移 撥款(註5)	109年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(E)	(F)	(H)	(G1) =(G)-(E)-(F) -(H)
第1季	92,954,852	120,848,672	50,000,000	110,991,278,365
第2季	99,662,029	120,848,672	50,000,000	118,924,529,552
第3季	97,555,436	120,848,672	50,000,000	116,387,114,109
第4季	98,530,640	120,848,671	50,000,000	117,510,664,228
合 計	388,702,957	483,394,687	200,000,000	463,813,586,254

註：

1. 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)=(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+106年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)-107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B2)+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(B2)) $\times$ (1+4.080%)。
 - (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，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)107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B2)：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。
 - (3)107年違反特管辦法之扣款(B3) 33,031,817元，採四季均分。
2. 109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+107年各季校正投保人口預估成長率差值(B4)+108年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B5)) $\times$ (1+5.471%)。
 - (1)一般服務成長率為5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.687%，協商因素成長率0.784%。
 - (2)依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後108年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
 - (3)依據108年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，108年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。108年新特材未於時程內導入之預算276,000,000元，於108年第3季及第4季一般服務按季均分扣減138,000,000元；另依醫院總額研商議事會議108年第4次及109年第1次會議決定，為利新功能特材收載，於109年基期費用不扣減。
 - (4)108年違反特管辦法之扣款(B5) 29,770,722元，採四季均分。
3. 106年品質保證保留款(E)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值) $\times$ 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 109年其他醫療服務利用及密集度之改變(F)：483,394,687
 - (1)因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該分區一般服務預算。
 - (2)109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(=108年預算458,320,000元 $\times$ (1+5.471%)，按四季均分並於一般服務預算先予以扣減，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。
 - (3)109年臺北、高屏、東區預算1.84億元(=108年臺北、高屏、東區預算1.75億元 $\times$ (1+5.471%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配；南區預算2.99億元(=108年南區預算2.83億元 $\times$ (1+5.471%))。
5. 風險調整基金移撥款(H)：依據衛生福利部109年2月11日衛部健字第1093360022號公告「109年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務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2億元，作為風險調整基金。

=====

(三) 109年第4季門診透析服務預算

= 108年第4季醫院門診透析服務預算×(1+2.533%)

= 5,490,519,135×(1+2.533%)

= 5,629,593,985

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算 868百萬元。

= 868,000,000/4

= 217,000,000(C1)

※109年第4季DRGs尚未導入，預算＝ 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 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：	110,779	住診第1季已支用點數：	811	門住診合計第1季已支用點數：	111,590
第2季已支用點數：	133,962	第2季已支用點數：	659	第2季已支用點數：	134,621
第3季已支用點數：	98,563	第3季已支用點數：	832	第3季已支用點數：	99,395
第4季已支用點數：	92,195	第4季已支用點數：	1,027	第4季已支用點數：	93,222
全年已支用點數：	435,499	全年已支用點數：	3,329	全年已支用點數：	438,828

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	1,875,822,237	住診第1季已支用點數：	4,490,960	門住診合計第1季已支用點數：	1,880,313,197
第2季已支用點數：	1,352,098,420	第2季已支用點數：	5,519,130	第2季已支用點數：	1,357,617,550
第3季已支用點數：	1,160,743,405	第3季已支用點數：	6,822,320	第3季已支用點數：	1,167,565,725
第4季已支用點數：	1,064,921,006	第4季已支用點數：	5,057,890	第4季已支用點數：	1,069,978,896
全年已支用點數：	5,453,585,068	全年已支用點數：	21,890,300	全年已支用點數：	5,475,475,368

3. 合計

門診第1季已支用點數：	1,875,933,016	住診第1季已支用點數：	4,491,771	門住診合計第1季已支用點數：	1,880,424,787
第2季已支用點數：	1,352,232,382	第2季已支用點數：	5,519,789	第2季已支用點數：	1,357,752,171
第3季已支用點數：	1,160,841,968	第3季已支用點數：	6,823,152	第3季已支用點數：	1,167,665,120
第4季已支用點數：	1,065,013,201	第4季已支用點數：	5,058,917	第4季已支用點數：	1,070,072,118
全年已支用點數：	5,454,020,567	全年已支用點數：	21,893,629	全年已支用點數：	5,475,914,196

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	1,787,376	第2季金額：	70,643	第2季金額：	1,858,019
第3季金額：	905,677,296	第3季金額：	5,617,203	第3季金額：	911,294,499
第4季金額：	187,770,598	第4季金額：	781,216	第4季金額：	188,551,814
全年金額：	1,095,235,270	全年金額：	6,469,062	全年金額：	1,101,704,332

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 5,475,914,196

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款) - 支應西醫基層總額同項專款
= 4,760,000,000 - (5,475,914,196 - 1,101,704,332) - 123,949,120
= 4,760,000,000 - 4,374,209,864 - 123,949,120
= 261,841,016

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108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁次：6

(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 =15,545.0百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	1,433,496,742	住診第1季已支用點數：	207,760,434	門住診合計第1季已支用點數：	1,641,257,176
第2季已支用點數：	1,467,773,259	第2季已支用點數：	198,023,449	第2季已支用點數：	1,665,796,708
第3季已支用點數：	1,614,241,433	第3季已支用點數：	290,846,599	第3季已支用點數：	1,905,088,032
第4季已支用點數：	1,600,025,540	第4季已支用點數：	258,585,190	第4季已支用點數：	1,858,610,730
全年已支用點數：	6,115,536,974	全年已支用點數：	955,215,672	全年已支用點數：	7,070,752,646

1.2 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
第2季金額：	10,497,061	第2季金額：	53,374	第2季金額：	10,550,435
第3季金額：	9,290,806	第3季金額：	171,751	第3季金額：	9,462,557
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	19,787,867	全年金額：	225,125	全年金額：	20,012,992

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 7,070,752,646 - 20,012,992 \\
 &= 7,050,739,654
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	878,067,168	住診第1季已支用點數：	61,522,691	門住診合計第1季已支用點數：	939,589,859
第2季已支用點數：	873,073,671	第2季已支用點數：	99,785,291	第2季已支用點數：	972,858,962
第3季已支用點數：	914,881,723	第3季已支用點數：	57,099,621	第3季已支用點數：	971,981,344
第4季已支用點數：	929,831,890	第4季已支用點數：	63,049,807	第4季已支用點數：	992,881,697
全年已支用點數：	3,595,854,452	全年已支用點數：	281,457,410	全年已支用點數：	3,877,311,862

2.2 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
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 3,877,311,862 - 0 \\
 &= 3,877,311,862
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁次：7

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

3.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	984,309,129	住診第1季已支用點數：	340,343	門住診合計第1季已支用點數：	984,649,472
第2季已支用點數：	974,259,297	第2季已支用點數：	313,332	第2季已支用點數：	974,572,629
第3季已支用點數：	1,047,468,376	第3季已支用點數：	467,218	第3季已支用點數：	1,047,935,594
第4季已支用點數：	1,029,989,705	第4季已支用點數：	287,154	第4季已支用點數：	1,030,276,859
全年已支用點數：	4,036,026,507	全年已支用點數：	1,408,047	全年已支用點數：	4,037,434,554

3.2 藥品價量協議

門診第1季金額：	10,653,265	住診第1季金額：	23,417	門住診合計第1季金額：	10,676,682
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	10,653,265	全年金額：	23,417	全年金額：	10,676,682

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 4,037,434,554 - 10,676,682 \\
 &= 4,026,757,872
 \end{aligned}$$

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：	560,000	門住診合計第1季已支用點數：	560,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	287,000	第2季已支用點數：	287,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	1,134,000	第3季已支用點數：	1,134,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	700,000	第4季已支用點數：	700,000
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	2,681,000	全年已支用點數：	2,681,000

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 2,681,000
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁次：8

5. 合計

5.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：3,295,873,039	住診第1季已支用點數：270,183,468	門住診合計第1季已支用點數：3,566,056,507
第2季已支用點數：3,315,106,227	第2季已支用點數：298,409,072	第2季已支用點數：3,613,515,299
第3季已支用點數：3,576,591,532	第3季已支用點數：349,547,438	第3季已支用點數：3,926,138,970
第4季已支用點數：3,559,847,135	第4季已支用點數：322,622,151	第4季已支用點數：3,882,469,286
全年已支用點數：13,747,417,933	全年已支用點數：1,240,762,129	全年已支用點數：14,988,180,062

5.2 藥品價量協議

門診第1季金額：10,653,265	住診第1季金額：23,417	門住診合計第1季金額：10,676,682
第2季金額：10,497,061	第2季金額：53,374	第2季金額：10,550,435
第3季金額：9,290,806	第3季金額：171,751	第3季金額：9,462,557
第4季金額：0	第4季金額：0	第4季金額：0
全年金額：30,441,132	全年金額：248,542	全年金額：30,689,674

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝14,988,180,062

未支用金額＝全年預算－（暫結金額－全年藥品價量協議）
＝15,545,000,000－（14,988,180,062－30,689,674）
＝15,545,000,000－14,957,490,388
＝587,509,612

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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＝5,027.0百萬元

門診第1季已支用點數：594,544,062	住診第1季已支用點數：497,412,037	門住診合計第1季已支用點數：1,091,956,099
第2季已支用點數：601,006,520	第2季已支用點數：440,232,904	第2季已支用點數：1,041,239,424
第3季已支用點數：633,545,062	第3季已支用點數：610,231,308	第3季已支用點數：1,243,776,370
第4季已支用點數：602,649,451	第4季已支用點數：622,099,056	第4季已支用點數：1,224,748,507
全年已支用點數：2,431,745,095	全年已支用點數：2,169,975,305	全年已支用點數：4,601,720,400

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝4,601,720,400

未支用金額＝全年預算－暫結金額
＝425,279,600

註：如預算不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁次：9

(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：	42,889,831	第2季已支用點數：	42,889,831
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	27,542,100	第3季已支用點數：	27,542,100
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	3,305,998	第4季已支用點數：	3,305,998
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	73,737,929	全年已支用點數：	73,737,929

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 73,737,929

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	9,898,180	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,898,180
第2季已支用點數：	10,210,560	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	10,210,560
第3季已支用點數：	10,837,140	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	10,837,140
第4季已支用點數：	11,565,750	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	11,565,750
全年已支用點數：	42,511,630	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	42,511,630

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 42,511,630

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	147,597,050	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	147,597,050
第2季已支用點數：	155,167,185	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	155,167,185
第3季已支用點數：	168,404,999	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	168,404,999
第4季已支用點數：	289,738,955	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	289,738,955
全年已支用點數：	760,908,189	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	760,908,189

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 760,908,189

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,759,660	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,759,660
第2季已支用點數：	5,901,873	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,901,873
第3季已支用點數：	6,039,394	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,039,394
第4季已支用點數：	34,467,586	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	34,467,586
全年已支用點數：	52,168,513	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	52,168,513

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 52,168,513

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 10

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：	7,114,319	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,114,319
第2季已支用點數：	7,090,300	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,090,300
第3季已支用點數：	7,776,820	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,776,820
第4季已支用點數：	14,825,570	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	14,825,570
全年已支用點數：	36,807,009	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	36,807,009

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 36,807,009

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：	12,371,700	門住診合計第1季已支用點數：	12,371,700
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	22,201,985	第2季已支用點數：	22,201,985
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	12,723,392	第3季已支用點數：	12,723,392
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	13,188,000	第4季已支用點數：	13,188,000
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	60,485,077	全年已支用點數：	60,485,077

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 60,485,077

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	444,000
第2季已支用點數：	457,000
第3季已支用點數：	628,000
第4季已支用點數：	2,103,800
全年已支用點數：	3,632,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,632,800

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	6,289,998	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,289,998
第2季已支用點數：	6,838,780	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,838,780
第3季已支用點數：	7,435,800	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,435,800
第4季已支用點數：	9,322,860	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	9,322,860
全年已支用點數：	29,887,438	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	29,887,438

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,887,438

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 11

9. 提升醫院用藥安全與品質 全年預算=50百萬元

9.1重症加護臨床藥事照護費 全年預算=35百萬元

第1季：預算= 35,000,000/4= 8,750,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 9,680 門住診合計已支用點數： 9,680

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 9,680

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 8,740,320

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 35,000,000/4+ 8,740,320= 17,490,320

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 2,420 門住診合計已支用點數： 2,420

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 2,420

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 17,487,900

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 35,000,000/4+ 17,487,900= 26,237,900

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,400,040 門住診合計已支用點數： 19,400,040

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 19,400,040

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 6,837,860

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 35,000,000/4+ 6,837,860= 15,587,860

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 19,484,520 門住診合計已支用點數： 19,484,520(傳票日期:110/04/09前核付)

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 19,484,520

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= -3,896,660

第4季暫結點值 = 第4季預算/第4季已支用點數 = 15,587,860/ 19,484,520 = 0.80001252

全年合計：

全年預算= 35,000,000

已支用點數： 38,896,660

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 9,680+ 2,420+ 19,400,040+ 19,484,520= 38,896,660

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 35,000,000 - 38,896,660 = -3,896,660

浮動點值 = 全年預算/全年已支用點數 = 35,000,000/ 38,896,660 = 0.89982019

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 12

9.2門診臨床藥事照護費 全年預算=15百萬元

第1季：預算= 15,000,000/4= 3,750,000

門診已支用點數： 1,200 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 1,200

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 1,200

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 3,748,800

第2季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 3,748,800= 7,498,800

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 7,498,800

第3季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 7,498,800= 11,248,800

門診已支用點數： 148,800 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 148,800

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 148,800

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 11,100,000

第4季：預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 15,000,000/4+ 11,100,000= 14,850,000

門診已支用點數： 150,400 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 150,400

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 150,400

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 14,699,600

全年合計：

全年預算= 15,000,000

已支用點數： 300,400

暫結金額 = 第1-4季暫結金額 = 1,200+ 0+ 148,800+ 150,400= 300,400

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000 - 300,400 = 14,699,600

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 13

9. 9合計：

門診第1季已支用點數：	1,200	住診第1季已支用點數：	9,680	門住診合計第1季已支用點數：	10,880
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	2,420	第2季已支用點數：	2,420
第3季已支用點數：	148,800	第3季已支用點數：	19,400,040	第3季已支用點數：	19,548,840
第4季已支用點數：	150,400	第4季已支用點數：	19,484,520	第4季已支用點數：	19,634,920
全年已支用點數：	300,400	全年已支用點數：	38,896,660	全年已支用點數：	39,197,060

暫結金額 = 35,300,400 (因重症加護臨床藥事照護費暫結金額大於預算金額，該項暫結金額以預算金額計)

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 50,000,000 - 35,300,400
= 14,699,600

註：依據108年3月12日健保醫字第1080032861號公告「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

10. 合計

門診第1季已支用點數：	177,104,407	住診第1季已支用點數：	12,381,380	門住診合計第1季已支用點數：	189,485,787
第2季已支用點數：	185,665,698	第2季已支用點數：	65,094,236	第2季已支用點數：	250,759,934
第3季已支用點數：	201,270,953	第3季已支用點數：	59,665,532	第3季已支用點數：	260,936,485
第4季已支用點數：	362,174,921	第4季已支用點數：	35,978,518	第4季已支用點數：	398,153,439
全年已支用點數：	926,215,979	全年已支用點數：	173,119,666	全年已支用點數：	1,099,335,645

暫結金額 = 1,095,438,985 (因重症加護臨床藥事照護費暫結金額大於預算金額，該項暫結金額以預算金額計)

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 1,187,000,000 - 1,095,438,985
= 91,561,015

=====

(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:

$$\text{預算} = 80,000,000/4 = 20,000,000$$

(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	6,477,086(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	5,889,453(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	7,921,600(J3)
(4)合計:	已支用點數	20,288,139(J9)

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 80,000,000/4 + 0 = 20,000,000$$

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1:	已支用點數	6,302,586(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	6,461,910(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	8,858,600(K3)
(4)合計:	已支用點數	21,623,096(K9)

$$\text{第1~2季暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 41,911,235 \quad \text{第1~2季未支用金額} = \text{第1~2季預算} - \text{暫結金額} = -1,911,235$$

$$\text{第1~2季暫結點值} = [\text{第1~2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1、K1})] / [\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2、K2} + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3、K3}]$$

$$= \frac{[\text{第1~2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (J1 + K1)]}{[J2 + K2 + J3 + K3]} = 0.93439298$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 80,000,000/4 + 0 = 20,000,000$$

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1:	已支用點數	5,966,781(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	6,572,598(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	9,462,900(L3)
(4)合計:	已支用點數	22,002,279(L9)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 22,002,279 \quad \text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = -2,002,279$$

$$\text{第3季暫結點值} = [\text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1})] / [\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2} + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3}]$$

$$= \frac{[\text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (L1)]}{[L2 + L3]} = 0.87513459$$

第4季：

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝	80,000,000/4＋	0＝	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M1：		已支用點數	6,947,228(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	6,510,236(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	9,237,700(M3)
(4)合計：		已支用點數	22,695,164(M9)
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝	22,695,164	未支用金額＝ 本季預算－ 暫結金額＝	-2,695,164

$$\begin{aligned} \text{第4季暫結點值} &= [\text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數M1)] / [\text{醫院支援西醫醫療資源} \\ &\quad \text{不足地區(論量)}_浮動點數M2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3}] \\ &= \frac{[\text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times (M1)]}{[M2 + M3]} = 0.82885605 \end{aligned}$$

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	25,693,681(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	25,434,197(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	35,480,800(N3)
(4)合計：	已支用點數	86,608,678(N9)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 86,608,678$$

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

$$= 80,000,000 - 86,608,678 = -6,608,678 \text{ (預算不足，由西醫基層總額同項專款移撥支應)}$$

$$\begin{aligned} \text{全年點值} &= [\text{全年預算} + \text{西醫基層總額同項專款移撥 } 6,608,678\text{元} - 1\text{元/點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數N1)] \\ &\quad / [\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數N2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3}] \end{aligned}$$

$$= \frac{[\text{全年預算} + \text{西醫基層總額同項專款移撥 } 6,608,678\text{元} - 1\text{元/點} \times (N1)]}{[N2 + N3]} = 1.00000000$$

註：依據「109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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁次：16

(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：	6,505,000	住診第1季已支用點數：	8,828,000	門住診合計第1季已支用點數：	15,333,000
第2季已支用點數：	7,224,000	第2季已支用點數：	8,121,000	第2季已支用點數：	15,345,000
第3季已支用點數：	7,546,995	第3季已支用點數：	8,734,989	第3季已支用點數：	16,281,984
第4季已支用點數：	7,305,997	第4季已支用點數：	9,033,943	第4季已支用點數：	16,339,940
全年已支用點數：	28,581,992	全年已支用點數：	34,717,932	全年已支用點數：	63,299,924

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝63,299,924

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	7,829,324	住診第1季已支用點數：	1,903,487	門住診合計第1季已支用點數：	9,732,811
第2季已支用點數：	7,685,500	第2季已支用點數：	1,461,603	第2季已支用點數：	9,147,103
第3季已支用點數：	8,540,188	第3季已支用點數：	2,173,004	第3季已支用點數：	10,713,192
第4季已支用點數：	8,266,792	第4季已支用點數：	1,985,070	第4季已支用點數：	10,251,862
全年已支用點數：	32,321,804	全年已支用點數：	7,523,164	全年已支用點數：	39,844,968

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝39,844,968

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：	87,316,820	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	87,316,820
全年已支用點數：	87,316,820	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	87,316,820

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝87,316,820

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁次：17

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：	6,340,384	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	6,340,384
全年已支用點數：	6,340,384	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	6,340,384

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,340,384

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	14,334,324	住診第1季已支用點數：	10,731,487	門住診合計第1季已支用點數：	25,065,811
第2季已支用點數：	14,909,500	第2季已支用點數：	9,582,603	第2季已支用點數：	24,492,103
第3季已支用點數：	16,087,183	第3季已支用點數：	10,907,993	第3季已支用點數：	26,995,176
第4季已支用點數：	109,229,993	第4季已支用點數：	11,019,013	第4季已支用點數：	120,249,006
全年已支用點數：	154,561,000	全年已支用點數：	42,241,096	全年已支用點數：	196,802,096

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 196,802,096

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= -36,802,096

浮動點值 = 全年預算 / 全年已支用點數 = 160,000,000 / 196,802,096 = 0.81299947

註：依據「全民健康保險急診品質提升方案」，本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

(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：	172,571,725
第2季已支用點數：	175,088,337
第3季已支用點數：	221,034,403
第4季已支用點數：	225,319,652
全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：	54,915,533
合計已支用點數：	848,929,650

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 848,929,650

未支用金額=全年預算 - 暫結金額= 101,070,350

註：

1. 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。

2. 全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：

(1) 符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。

(2) 有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，惟醫院如依該計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。

(3)若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

(4)若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

(5)全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院補助金額)。

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算=689百萬元

第1季:

預算=689,000,000/4=172,250,000

已支用點數：46,390,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 46,390,400

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額

= 125,859,600

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 125,859,600=298,109,600

已支用點數：50,087,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 50,087,600

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額

= 248,022,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 248,022,000=420,272,000

已支用點數：58,532,950

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 58,532,950

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額

= 361,739,050

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 361,739,050=533,989,050

已支用點數：58,634,250

暫結金額 = 1元/點×已支用點數

= 58,634,250

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額

= 475,354,800

全年合計:

全年預算=689,000,000

已支用點數：213,645,200

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 46,390,400 + 50,087,600 + 58,532,950 + 58,634,250 = 213,645,200

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 689,000,000 - 213,645,200 = 475,354,800

=====

註：

1. 依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，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109年5月20日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109年第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」(10億元)按季支應，每季最多支應2.5億元(10億/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(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+109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%)+1,055,400,000

= (92,471,391,823+ 483,460,581) ×0.10%+ (99,278,528,774+ 383,500,404) ×0.10%+ (97,144,240,670+ 411,195,342) ×0.10%

+ (98,251,108,970+ 279,531,381) ×0.10%+1,055,400,000

= 92,954,852+ 99,662,029+ 97,555,436+ 98,530,640+1,055,400,000

= 1,444,102,957

※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」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109年度之品質保證保留款(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。

(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： 29,509,836

第2季已支用點數： 30,463,328

第3季已支用點數： 33,447,869

第4季已支用點數： 35,357,253

全年已支用點數： 128,778,286

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 128,778,286

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 114,000,000 - 128,778,286 = -14,778,286(預算不足，由其他預算支應)

註：預算如有不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

三、109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	109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	109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	110,991,278,365	5,314,396,783	0	63,968,121,331	47,023,157,034
第2季	118,924,529,552	5,698,421,755	0	68,542,623,219	50,381,906,333
第3季	116,387,114,109	5,564,663,628	0	67,073,477,755	49,313,636,354
第4季	117,510,664,228	5,629,593,985	0	67,727,142,017	49,783,522,211
合 計	463,813,586,254	22,207,076,151	0	267,311,364,322	196,502,221,932

註：1. 109年各季門診透析服務預算(B)=108年各季門診透析服務×(1+2.533%)。

109年第1季門診透析服務預算(B)= 5,183,108,641×(1+2.533%)= 5,314,396,783。

109年第2季門診透析服務預算(B)= 5,557,646,567×(1+2.533%)= 5,698,421,755。

109年第3季門診透析服務預算(B)= 5,427,192,834×(1+2.533%)= 5,564,663,628。

109年第4季門診透析服務預算(B)= 5,490,519,135×(1+2.533%)= 5,629,593,985。

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第4季

結算主要費用年月起迄：109/10—109/12

核付截止日期：110/03/31

頁次：21

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	109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	109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	110,956,658,589	5,314,396,783	0	63,949,080,455	47,007,578,134
第2季	115,709,653,248	5,698,421,755	0	66,774,441,252	48,935,211,996
第3季	117,573,005,778	5,564,663,628	0	67,725,718,173	49,847,287,605
第4季	119,574,268,639	5,629,593,985	0	68,862,124,443	50,712,144,196
合 計	463,813,586,254	22,207,076,151	0	267,311,364,323	196,502,221,931

註：1. 109年各季門診透析服務預算(B)=108年各季門診透析服務×(1+2.533%)。

109年第1季門診透析服務預算(B)=5,183,108,641×(1+2.533%)=5,314,396,783。

109年第2季門診透析服務預算(B)=5,557,646,567×(1+2.533%)=5,698,421,755。

109年第3季門診透析服務預算(B)=5,427,192,834×(1+2.533%)=5,564,663,628。

109年第4季門診透析服務預算(B)=5,490,519,135×(1+2.533%)=5,629,593,985。

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	0.37019	0.37000	0.37083	0.37138
	北區分區	0.14653	0.14775	0.14824	0.14800
	中區分區	0.17621	0.17623	0.17660	0.17638
	南區分區	0.13900	0.13833	0.13740	0.13722
	高屏分區	0.14381	0.14369	0.14295	0.14291
	東區分區	0.02426	0.02400	0.02398	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	0.37646	0.37475	0.37451
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	0.12681
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	0.17926
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	0.14276
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	0.15183
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	0.02483
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34670	0.34686	0.34735	0.34771
	北區分區	0.15464	0.15523	0.15553	0.15589
	中區分區	0.18168	0.18166	0.18168	0.18167
	南區分區	0.14063	0.14017	0.13970	0.13926
	高屏分區	0.15219	0.15201	0.15168	0.15151
	東區分區	0.02416	0.02407	0.02406	0.02396
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	0.34114
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	0.12464
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	0.18328
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	0.15197
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	0.16298
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	0.03599

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 23

(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)× 51%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D2)× 49%× 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)

1.1 108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。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元(107年附設門診部回歸原醫院費用 ×(1+108年度一般服務成長率)=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(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)

3. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸) 458,320,000元(107年預算 × (1+108年度一般服務成長率) + 108年預算)
=(400,000,000 ×(1+4.080%) + 42,000,000) = 416,320,000 + 42,000,000 = 458,320,000)

4. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(南區預算) 283,465,600元(108年其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)—108年其他醫療服務利用及密集度之改變(臺北、高屏、東區預算) = 458,320,000 - 174,854,400)，並按季均分。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第4季

結算主要費用年月起迄：109/10—109/12

核付截止日期：110/03/31

頁次：24

1.2 109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	43,965,847	43,965,847	43,965,847	43,965,847	175,863,388
高屏分區	137,136	137,136	137,136	137,136	548,544
東區分區	2,002,188	2,002,188	2,002,188	2,002,188	8,008,752
小計(K0)	46,105,171	46,105,171	46,105,171	46,105,171	184,420,684
南區分區(K1)	74,743,501	74,743,501	74,743,501	74,743,500	298,974,003
合計(KD)=(K0+K1)	120,848,672	120,848,672	120,848,672	120,848,671	483,394,687

註：1. 109年醫院附設門診部回歸原醫院之預算483,394,687元(=108年預算458,320,000元×(1+109年度一般服務成長率5.471%)，按四季均分，另按季依附設門診部回歸原醫院之分區予以分配。

2. 109年臺北、高屏、東區預算184,420,684元(=108年臺北、高屏、東區預算174,854,400元×(1+109年度一般服務成長率5.471%))，依107年(回歸年)臺北、高屏、東區實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率分配(臺北分區 0.95359905，高屏分區0.00297442，東區分區0.04342653)；南區預算298,974,003元(=108年南區預算283,465,600元×(1+109年度一般服務成長率5.471%))，按四季均分。

2. 109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	4,347,049	4,347,049	4,347,049	4,347,047	17,388,194
北區分區	3,361,981	3,361,981	3,361,981	3,361,981	13,447,924
中區分區	4,147,397	4,147,397	4,147,397	4,147,397	16,589,588
南區分區	4,401,729	4,401,729	4,401,729	4,401,729	17,606,916
高屏分區	10,749,052	10,749,052	10,749,052	10,749,053	42,996,209
東區分區	22,992,792	22,992,792	22,992,792	22,992,793	91,971,169
小計	50,000,000	50,000,000	50,000,000	50,000,000	200,000,000

2.2 調整臺北、南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	17,388,194	17,388,194
北區分區	3,361,981	3,361,981	3,361,981	3,361,981	13,447,924
中區分區	4,147,397	4,147,397	4,147,397	4,147,397	16,589,588
南區分區	0	0	0	17,606,916	17,606,916
高屏分區	10,749,052	10,749,052	10,749,052	10,749,053	42,996,209
東區分區	13,772,000	18,911,333	14,751,833	44,536,003	91,971,169
小計	32,030,430	37,169,763	33,010,263	97,789,544	200,000,000

註：

- 依據109年3月4日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109年第1次會議暨109年5月20日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」109年第2次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款2億元，採「四季均分」，併入109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(2億/4)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、南區及東區風險調整基金移撥款之保留款：
 - (1)臺北：依據醫院醫療服務審查執行會台北區分會109年6月3日院協審字第10910017號函辦理，109年Q1至Q3各季風險移撥款保留13,041,147元至109年Q4結算。
 - (2)南區：依據醫院醫療服務審查執行會南區分會109年第1次工作小組會議決議，109年Q1至Q3各季風險移撥款保留13,205,187元至109年Q4結算。
 - (3)東區：依據醫院總額東區共管會議109年第1次會議決議及方案調整109年各季分配金額，Q1為13,772,000、Q2為18,911,333、Q3為14,751,833、Q4為44,536,003。

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	0	0	0	7,824,687	7,824,687
北區分區	1,512,891	1,512,891	1,512,891	1,512,891	6,051,564
中區分區	1,866,329	1,866,329	1,866,329	1,866,329	7,465,316
南區分區	0	0	0	7,923,112	7,923,112
高屏分區	4,837,073	4,837,073	4,837,073	4,837,074	19,348,293
東區分區	6,197,400	8,510,100	6,638,325	20,041,201	41,387,026
小計	14,413,693	16,726,393	14,854,618	44,005,294	89,999,998
2. 風險調整移撥款_住診 (RS_I=KS_1 ×55%)					
臺北分區	0	0	0	9,563,507	9,563,507
北區分區	1,849,090	1,849,090	1,849,090	1,849,090	7,396,360
中區分區	2,281,068	2,281,068	2,281,068	2,281,068	9,124,272
南區分區	0	0	0	9,683,804	9,683,804
高屏分區	5,911,979	5,911,979	5,911,979	5,911,979	23,647,916
東區分區	7,574,600	10,401,233	8,113,508	24,494,802	50,584,143
小計	17,616,737	20,443,370	18,155,645	53,784,250	110,000,002
3. 門住診合計	32,030,430	37,169,763	33,010,263	97,789,544	200,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 27

3. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=[(D2)× 51%× (R)]+[(D2)× 49%× (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	17,590,868,498	18,844,750,077	18,425,663,249	18,616,748,001	73,478,029,825
北區分區	6,410,482,353	6,896,891,432	6,768,083,503	6,852,566,889	26,928,024,177
中區分區	8,340,811,928	8,983,615,031	8,812,866,883	8,852,938,483	34,990,232,325
南區分區	6,704,279,784	7,137,143,100	6,963,523,167	7,049,103,879	27,854,049,930
高屏分區	6,971,520,756	7,429,256,964	7,277,630,946	7,337,131,188	29,015,539,854
東區分區	1,140,456,080	1,227,824,794	1,201,571,896	1,239,887,736	4,809,740,506
小 計	47,158,419,399	50,519,481,398	49,449,339,644	49,948,376,176	197,075,616,617

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	22,060,238,227	23,748,305,380	23,120,160,709	23,314,236,030	92,242,940,346
北區分區	8,821,869,611	9,517,175,944	9,257,351,822	9,395,773,006	36,992,170,383
中區分區	11,653,210,799	12,465,797,504	12,207,004,617	12,366,243,342	48,692,256,262
南區分區	9,462,004,587	10,087,897,658	9,905,813,636	9,914,812,188	39,370,528,069
高屏分區	10,031,827,540	10,638,072,336	10,541,512,034	10,694,507,941	41,905,919,851
東區分區	1,956,587,304	2,105,817,767	2,059,790,582	2,095,353,760	8,217,549,413
小 計	63,985,738,068	68,563,066,589	67,091,633,400	67,780,926,267	267,421,364,324

(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)× 51%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)]+ [(D4)× 49%× 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23；風險調整基金移撥款，詳頁次25。

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=[(D4)× 51%× (R)]+ [(D4)× 49%× (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	17,585,055,162	18,304,893,806	18,624,582,180	18,963,498,677	73,478,029,825
北區分區	6,408,359,044	6,698,893,662	6,841,308,460	6,979,463,011	26,928,024,177
中區分區	8,338,049,213	8,725,708,058	8,908,215,793	9,018,259,261	34,990,232,325
南區分區	6,702,083,400	6,934,349,394	7,038,070,618	7,179,546,518	27,854,049,930
高屏分區	6,969,212,720	7,216,071,942	7,356,332,551	7,473,922,641	29,015,539,854
東區分區	1,140,080,960	1,192,870,199	1,214,481,293	1,262,308,054	4,809,740,506
小 計	47,142,840,499	49,072,787,061	49,982,990,895	50,876,998,162	197,075,616,617

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	22,053,671,733	23,135,674,533	23,344,987,329	23,708,606,751	92,242,940,346
北區分區	8,819,244,227	9,271,710,735	9,347,354,804	9,553,860,617	36,992,170,383
中區分區	11,649,742,760	12,144,278,367	12,325,686,610	12,572,548,525	48,692,256,262
南區分區	9,459,188,108	9,827,661,940	10,002,140,414	10,081,537,607	39,370,528,069
高屏分區	10,028,843,206	10,363,796,370	10,643,963,024	10,869,317,251	41,905,919,851
東區分區	1,956,007,158	2,051,762,677	2,079,741,637	2,130,037,941	8,217,549,413
小 計	63,966,697,192	66,794,884,622	67,743,873,818	68,915,908,692	267,421,364,324

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁 次： 29

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁次：30

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	10,405,242,162(BF1)	0.88620761	-----	10,814,737,010	2,159,223
	2-北區分區	1,112,141,916	0.88620761	985,588,629	1,159,626,127	
	3-中區分區	491,095,463	0.88620761	435,212,537	481,235,960	
	4-南區分區	297,379,724	0.88620761	263,540,174	329,012,143	
	5-高屏分區	361,400,646	0.88620761	320,276,003	339,850,468	
	6-東區分區	86,617,404	0.88620761	76,761,003	87,786,448	
	7-合計	12,753,877,315(GF1)		2,081,378,346(AF1)	13,212,248,156(BG1)	2,159,223(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	803,707,099	0.88620761	712,251,347	915,458,654	
	2-北區分區	3,382,877,182(BF1)	0.88620761	-----	3,379,988,686	1,147,571
	3-中區分區	296,532,509	0.88620761	262,789,366	301,067,592	
	4-南區分區	109,220,746	0.88620761	96,792,256	112,911,558	
	5-高屏分區	79,922,680	0.88620761	70,828,087	82,236,480	
	6-東區分區	20,878,455	0.88620761	18,502,646	21,273,651	
	7-合計	4,693,138,671(GF1)		1,161,163,702(AF1)	4,812,936,621(BG1)	1,147,571(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	233,592,607	0.88620761	207,011,546	259,937,235	
	2-北區分區	108,407,425	0.88620761	96,071,485	119,169,546	
	3-中區分區	5,315,020,833(BF1)	0.88620761	-----	5,438,136,734	1,151,987
	4-南區分區	146,746,370	0.88620761	130,047,750	175,158,234	
	5-高屏分區	70,825,048	0.88620761	62,765,697	66,060,698	
	6-東區分區	13,490,430	0.88620761	11,955,322	13,326,328	
	7-合計	5,888,082,713(GF1)		507,851,800(AF1)	6,071,788,775(BG1)	1,151,987(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 4季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

列印日期：110/05/12

頁次：31

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	235,839,424	0.88620761	209,002,692	269,565,960	
	2-北區分區	86,964,265	0.88620761	77,068,393	95,637,798	
	3-中區分區	221,894,126	0.88620761	196,644,263	241,415,655	
	4-南區分區	3,633,571,474(BF1)	0.88620761	-----	4,444,914,492	888,414
	5-高屏分區	194,035,083	0.88620761	171,955,367	209,449,107	
	6-東區分區	11,193,252	0.88620761	9,919,545	11,255,628	
	7-合計	4,383,497,624(GF1)		664,590,260(AF1)	5,272,238,640(BG1)	888,414(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	137,608,912	0.88620761	121,950,065	151,810,515	
	2-北區分區	50,024,413	0.88620761	44,332,015	55,414,560	
	3-中區分區	86,139,717	0.88620761	76,337,673	88,977,354	
	4-南區分區	235,390,468	0.88620761	208,604,824	246,396,115	
	5-高屏分區	4,257,127,759(BF1)	0.88620761	-----	4,366,479,952	601,665
	6-東區分區	15,604,041	0.88620761	13,828,420	18,612,122	
	7-合計	4,781,895,310(GF1)		465,052,997(AF1)	4,927,690,618(BG1)	601,665(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	66,473,002	0.88620761	58,908,880	69,448,499	
	2-北區分區	22,900,691	0.88620761	20,294,767	22,645,164	
	3-中區分區	17,170,920	0.88620761	15,217,000	17,660,931	
	4-南區分區	9,914,187	0.88620761	8,786,028	9,133,995	
	5-高屏分區	26,202,928	0.88620761	23,221,234	26,415,757	
	6-東區分區	695,498,841(BF1)	0.88620761	-----	773,901,255	260,662
	7-合計	838,160,569(GF1)		126,427,909(AF1)	919,205,601(BG1)	260,662(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	63,285,360(BF2)	0.92089592	58,279,230	59,184,873
	2-北區分區	0(BF2)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	13,969,632(BF2)	0.93392139	13,046,538	13,931,909
	4-南區分區	0(BF2)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	573,024(BF2)	0.95322281	546,220	292,038
	6-東區分區	4,460,118(BF2)	0.93705890	4,179,393	4,674,710
	7-合計	82,288,134(GF2)		76,051,381(AF2)	78,083,530(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,201,664(BF2)	0.92089592	1,106,607	810,053
	2-北區分區	0(BF2)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	4,604,566(BF2)	0.93392139	4,300,303	5,057,001
	4-南區分區	0(BF2)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	128,773(BF2)	0.95322281	122,749	86,242
	6-東區分區	1,542,771(BF2)	0.93705890	1,445,667	1,081,382
	7-合計	7,477,774(GF2)		6,975,326(AF2)	7,034,678(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	732,119(BF2)	0.92089592	674,205	1,017,162
	2-北區分區	0(BF2)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	209,850,081(BF2)	0.93392139	195,983,479	216,852,320
	4-南區分區	0(BF2)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	160,173(BF2)	0.95322281	152,681	141,243
	6-東區分區	1,254,549(BF2)	0.93705890	1,175,586	1,092,832
	7-合計	211,996,922(GF2)		197,985,951(AF2)	219,103,557(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 4季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

列印日期：110/05/12

頁 次： 33

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	604,854(BF2)	0.92089592	557,008	526,437
	2-北區分區	0(BF2)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	8,709,104(BF2)	0.93392139	8,133,619	9,654,106
	4-南區分區	0(BF2)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	318,662(BF2)	0.95322281	303,756	226,725
	6-東區分區	1,419,158(BF2)	0.93705890	1,329,835	1,364,590
7-合計		11,051,778(GF2)		10,324,218(AF2)	11,771,858(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,132,168(BF2)	0.92089592	1,042,609	1,185,606
	2-北區分區	0(BF2)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	2,392,961(BF2)	0.93392139	2,234,837	3,092,365
	4-南區分區	0(BF2)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	14,349,091(BF2)	0.95322281	13,677,881	7,776,637
	6-東區分區	944,741(BF2)	0.93705890	885,278	916,458
7-合計		18,818,961(GF2)		17,840,605(AF2)	12,971,066(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	129,786(BF2)	0.92089592	119,519	144,043
	2-北區分區	0(BF2)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	517,700(BF2)	0.93392139	483,491	556,187
	4-南區分區	0(BF2)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	31,835(BF2)	0.95322281	30,346	38,044
	6-東區分區	14,529,051(BF2)	0.93705890	13,614,577	12,282,860
7-合計		15,208,372(GF2)		14,247,933(AF2)	13,021,134(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

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：110/05/12

109年第 4季

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

頁次：34

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	10,985,175,273(BF3)	0.88620761	-----	5,179,568,184	11,440,857
	2-北區分區	1,171,433,688	0.88620761	1,038,133,449	599,781,947	
	3-中區分區	506,772,095	0.88620761	449,105,287	264,379,018	
	4-南區分區	329,630,857	0.88620761	292,121,374	150,188,754	
	5-高屏分區	382,905,915	0.88620761	339,334,136	190,072,662	
	6-東區分區	140,613,246	0.88620761	124,612,529	50,023,740	
	7-合計	13,516,531,074(GF3)		2,243,306,775(AF3)	6,434,014,305(BG3)	11,440,857(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	987,890,108	0.88620761	875,475,732	538,623,136	
	2-北區分區	3,973,201,445(BF3)	0.88620761	-----	1,744,654,838	4,981,162
	3-中區分區	385,234,446	0.88620761	341,397,698	193,529,515	
	4-南區分區	118,518,767	0.88620761	105,032,233	58,387,736	
	5-高屏分區	90,997,003	0.88620761	80,642,237	42,192,590	
	6-東區分區	42,180,744	0.88620761	37,380,896	14,733,424	
	7-合計	5,598,022,513(GF3)		1,439,928,796(AF3)	2,592,121,239(BG3)	4,981,162(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	303,567,175	0.88620761	269,023,541	159,997,822	
	2-北區分區	132,690,776	0.88620761	117,591,575	64,829,233	
	3-中區分區	6,558,500,526(BF3)	0.88620761	-----	2,883,815,441	4,054,482
	4-南區分區	181,057,630	0.88620761	160,454,650	86,248,327	
	5-高屏分區	87,811,519	0.88620761	77,819,236	40,988,475	
	6-東區分區	27,387,444	0.88620761	24,270,961	10,293,672	
	7-合計	7,291,015,070(GF3)		649,159,963(AF3)	3,246,172,970(BG3)	4,054,482(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 4季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

列印日期：110/05/12

頁次：35

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	319,628,657	0.88620761	283,257,348	154,176,883	
	2-北區分區	115,330,159	0.88620761	102,206,465	55,906,873	
	3-中區分區	320,777,760	0.88620761	284,275,692	155,501,665	
	4-南區分區	5,023,174,998(BF3)	0.88620761	-----	2,133,327,520	2,293,805
	5-高屏分區	248,873,179	0.88620761	220,553,305	115,173,565	
	6-東區分區	24,396,061	0.88620761	21,619,975	8,339,317	
	7-合計	6,052,180,814(GF3)		911,912,785(AF3)	2,622,425,823(BG3)	2,293,805(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	179,923,151	0.88620761	159,449,266	99,693,054	
	2-北區分區	62,633,166	0.88620761	55,505,988	29,435,147	
	3-中區分區	104,700,818	0.88620761	92,786,662	52,506,644	
	4-南區分區	323,877,278	0.88620761	287,022,508	147,100,742	
	5-高屏分區	5,909,575,936(BF3)	0.88620761	-----	2,494,582,653	2,367,074
	6-東區分區	29,884,103	0.88620761	26,483,519	9,737,658	
	7-合計	6,610,594,452(GF3)		621,247,943(AF3)	2,833,055,898(BG3)	2,367,074(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	112,923,474	0.88620761	100,073,642	59,307,884	
	2-北區分區	41,207,572	0.88620761	36,518,464	19,572,188	
	3-中區分區	24,836,585	0.88620761	22,010,371	11,790,134	
	4-南區分區	14,718,246	0.88620761	13,043,422	7,685,873	
	5-高屏分區	40,432,936	0.88620761	35,831,976	21,450,171	
	6-東區分區	997,379,276(BF3)	0.88620761	-----	411,718,907	468,113
	7-合計	1,231,498,089(GF3)		207,477,875(AF3)	531,525,157(BG3)	468,113(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	115,336,185(BF4)	0.92089592	106,212,622	26,882,038
	2-北區分區	0(BF4)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	11,949,054(BF4)	0.93392139	11,159,477	5,038,883
	4-南區分區	0(BF4)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	1,847,703(BF4)	0.95322281	1,761,273	219,508
	6-東區分區	11,989,338(BF4)	0.93705890	11,234,716	1,600,363
	7-合計	141,122,280(GF4)		130,368,088(AF4)	33,740,792(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,523,030(BF4)	0.92089592	2,323,448	648,191
	2-北區分區	0(BF4)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	4,535,344(BF4)	0.93392139	4,235,655	1,987,705
	4-南區分區	0(BF4)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	917,163(BF4)	0.95322281	874,261	68,182
	6-東區分區	5,583,444(BF4)	0.93705890	5,232,016	659,068
	7-合計	13,558,981(GF4)		12,665,380(AF4)	3,363,146(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,584,177(BF4)	0.92089592	1,458,862	314,384
	2-北區分區	0(BF4)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	215,726,977(BF4)	0.93392139	201,472,038	74,038,586
	4-南區分區	0(BF4)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	769,915(BF4)	0.95322281	733,901	51,014
	6-東區分區	6,772,594(BF4)	0.93705890	6,346,319	1,079,336
	7-合計	224,853,663(GF4)		210,011,120(AF4)	75,483,320(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1908r04

109年第 4季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:109/10—109/12

核付截止日期:110/03/31

列印日期：110/05/12

頁 次： 37

	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	1,251,308(BF4)	0.92089592	1,152,324	245,751
	2-北區分區	0(BF4)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	7,891,941(BF4)	0.93392139	7,370,453	4,188,280
	4-南區分區	0(BF4)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	2,330,300(BF4)	0.95322281	2,221,295	207,277
	6-東區分區	7,598,328(BF4)	0.93705890	7,120,081	1,125,121
	7-合計	19,071,877(GF4)		17,864,153(AF4)	5,766,429(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,012,577(BF4)	0.92089592	932,478	447,239
	2-北區分區	0(BF4)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	1,936,921(BF4)	0.93392139	1,808,932	831,661
	4-南區分區	0(BF4)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	76,588,460(BF4)	0.95322281	73,005,867	7,812,494
	6-東區分區	10,978,683(BF4)	0.93705890	10,287,673	1,208,459
	7-合計	90,516,641(GF4)		86,034,950(AF4)	10,299,853(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	352,500(BF4)	0.92089592	324,616	102,188
	2-北區分區	0(BF4)	0.93468530	0	0
	3-中區分區	438,309(BF4)	0.93392139	409,346	182,688
	4-南區分區	0(BF4)	0.94458399	0	0
	5-高屏分區	333,441(BF4)	0.95322281	317,844	15,146
	6-東區分區	43,962,455(BF4)	0.93705890	41,195,410	7,377,254
	7-合計	45,086,705(GF4)		42,247,216(AF4)	7,677,276(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)

$$\text{臺北分區} = [18,963,498,677 + 23,708,606,751 - 4,324,685,121 - (19,646,262,461 - 201,661,950 - 0) - 206,419,469 - 111,824,322 - 13,600,080] / 21,390,417,435 = 0.86819138$$

$$\text{北區分區} = [6,979,463,011 + 9,553,860,617 - 2,601,092,498 - (7,405,057,860 - 57,746,206 - 0) - 19,640,706 - 10,397,824 - 6,128,733] / 7,356,078,627 = 0.89025044$$

$$\text{中區分區} = [9,018,259,261 + 12,572,548,525 - 1,157,011,763 - (9,317,961,745 - 91,089,559 - 0) - 407,997,071 - 294,586,877 - 5,206,469] / 11,873,521,359 = 0.88424766$$

$$\text{南區分區} = [7,179,546,518 + 10,081,537,607 - 1,576,503,045 - (7,894,664,463 - 80,903,827 - 0) - 28,188,371 - 17,538,287 - 3,182,219] / 8,656,746,472 = 0.90356251$$

$$\text{高屏分區} = [7,473,922,641 + 10,869,317,251 - 1,086,300,940 - (7,760,746,516 - 92,394,646 - 0) - 103,875,555 - 23,270,919 - 2,968,739] / 10,166,703,695 = 0.93033811$$

$$\text{東區分區} = [1,262,308,054 + 2,130,037,941 - 333,905,784 - (1,450,730,758 - 12,045,894 - 0) - 56,495,149 - 20,698,410 - 728,775] / 1,692,878,117 = 0.91077615$$

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)

$$= [50,876,998,162 + 68,915,908,692 - (53,953,740,442 - 535,842,082 - 0) - 31,815,015] / 74,519,546,302 = 0.89027908$$

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=[18,963,498,677+23,708,606,751]÷[26,493,818,803+19,758,086,783－201,661,950－0+13,600,080]=0.92636875
 北區分區=[6,979,463,011+9,553,860,617]÷[10,312,197,939+7,415,455,684－57,746,206－0+6,128,733]=0.93535244
 中區分區=[9,018,259,261+12,572,548,525]÷[13,615,948,368+9,612,548,622－91,089,559－0+5,206,469]=0.93294594
 南區分區=[7,179,546,518+10,081,537,607]÷[10,465,802,093+7,912,202,750－80,903,827－0+3,182,219]=0.94321404
 高屏分區=[7,473,922,641+10,869,317,251]÷[11,501,825,364+7,784,017,435－92,394,646－0+2,968,739]=0.95555540
 東區分區=[1,262,308,054+2,130,037,941]÷[2,129,953,735+1,471,429,168－12,045,894－0+728,775]=0.94492586

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 =[50,876,998,162+68,915,908,692]÷[74,519,546,302+53,953,740,442－535,842,082－0+31,815,015]=0.93610690

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)]
 =[50,876,998,162+68,915,908,692+7,259,851,210]
 ÷[74,519,546,302+53,953,740,442－535,842,082－0+31,815,015+7,266,443,034]
 =0.93949124

註：

1. 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病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
 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)+品質保證保留款預算
 + 網路頻寬補助費用暫結金額
 = 881,520,304+3,882,469,286+1,224,748,507+394,256,779+20,000,000+120,249,006+280,235,185
 + 58,634,250+362,380,640+35,357,253
 = 7,259,851,210

2. 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。

3. 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。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+109年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月109/09(含)以前:於110/01/01~110/03/31期間核付者。

費用年月109/10~109/12:於109/10/01~110/03/31期間核付者。

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