

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁 次： 1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

1. 109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

=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)× 第1季預算占率(h_q1)

= 463,813,586,254 × 23.922684%

= 110,956,658,589 (D)

2. 109年調整後第 2 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=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)× 第2季預算占率(h_q2)

= 463,813,586,254 × 24.947448%

= 115,709,653,248 (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：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：2

(二) 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)

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年門診透析服務預算

1. 109年第1季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 108年第1季醫院門診透析服務預算 \times (1 + 2.533\%) \\ &= 5,183,108,641 \times (1 + 2.533\%) \\ &= 5,314,396,783 \end{aligned}$$

2. 109年第2季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 108年第2季醫院門診透析服務預算 \times (1 + 2.533\%) \\ &= 5,557,646,567 \times (1 + 2.533\%) \\ &= 5,698,421,755 \end{aligned}$$

(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。

$$\begin{aligned} &= 868,000,000/4 \\ &= 217,000,000(C1) \end{aligned}$$

※109年第1季、第2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：	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：	244,741	全年已支用點數：	1,470	全年已支用點數：	246,211

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：	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：	3,227,920,657	全年已支用點數：	10,010,090	全年已支用點數：	3,237,930,747

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：	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：	3,228,165,398	全年已支用點數：	10,011,560	全年已支用點數：	3,238,176,958

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：	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：	1,787,376	全年金額：	70,643	全年金額：	1,858,019

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 3,238,176,958

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 - (3,238,176,958 - 1,858,019) - 15,129,941
= 4,760,000,000 - 3,236,318,939 - 15,129,941
= 1,508,551,120

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：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

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：	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：	2,901,270,001	全年已支用點數：	405,783,883	全年已支用點數：	3,307,053,884

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：	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：	10,497,061	全年金額：	53,374	全年金額：	10,550,435

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 3,307,053,884 - 10,550,435 \\
 &= 3,296,503,449
 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

2.1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：	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：	1,751,140,839	全年已支用點數：	161,307,982	全年已支用點數：	1,912,448,821

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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 1,912,448,821 - 0 \\
 &= 1,912,448,821
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：7

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

3.1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：	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：	1,958,568,426	全年已支用點數：	653,675	全年已支用點數：	1,959,222,101

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

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品價量協議} \\
 &= 1,959,222,101 - 10,676,682 \\
 &= 1,948,545,419
 \end{aligned}$$

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：	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：	847,000	全年已支用點數：	847,000

$$\begin{aligned}
 \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\
 &= 847,000
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：8

5. 合計

5.1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：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	6,610,979,266	全年已支用點數：	568,592,540	全年已支用點數：	7,179,571,806

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：	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：	21,150,326	全年金額：	76,791	全年金額：	21,227,117

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝7,179,571,806

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－（7,179,571,806－21,227,117）
＝15,545,000,000－7,158,344,689
＝8,386,655,311

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：	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：	1,195,550,582	全年已支用點數：	937,644,941	全年已支用點數：	2,133,195,523

暫結金額＝1元/點×已支用點數
＝2,133,195,523

未支用金額＝全年預算－暫結金額
＝2,893,804,477

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：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

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：	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：	42,889,831	全年已支用點數：	42,889,831

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 42,889,831

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：	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：	20,108,740	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	20,108,740

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,108,740

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：	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：	302,764,235	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	302,764,235

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 302,764,235

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：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	11,661,533	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	11,661,533

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 11,661,533

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

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：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	14,204,619	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	14,204,619

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,204,619

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：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	34,573,685	全年已支用點數：	34,573,685

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 34,573,685

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：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	901,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 901,000

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：	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：	13,128,778	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	13,128,778

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 13,128,778

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

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×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×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： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 26,237,900

第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 35,000,000/4 + 26,237,900= 34,987,900

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 34,987,900

全年合計：

全年預算= 35,000,000

已支用點數： 12,100

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 9,680 + 2,420 + 0 + 0 = 12,100

未支用金額=全年預算 - 暫結金額= 35,000,000 - 12,100 = 34,987,900

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×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×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： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0
 未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 11,248,800

第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 15,000,000/4 + 11,248,800 = 14,998,800
 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×已支用點數
 = 0
 未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
 = 14,998,800

全年合計：

全年預算= 15,000,000
 已支用點數： 1,200
 暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 1,200 + 0 + 0 + 0 = 1,200
 未支用金額=全年預算 - 暫結金額= 15,000,000 - 1,200 = 14,998,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

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：	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：	1,200	全年已支用點數：	12,100	全年已支用點數：	13,300

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 13,300

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：	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：	362,770,105	全年已支用點數：	77,475,616	全年已支用點數：	440,245,721

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 440,245,721

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 746,754,279

=====

(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	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)

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 80,000,000/4 + 20,000,000 = 40,000,000$$

(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	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)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：15

=====

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	12,779,672(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	12,351,363(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	16,780,200(N3)
(4)合計：	已支用點數	41,911,235(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) = 40,000,000		
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額		
= 80,000,000 - 40,000,000 = 40,000,000		

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。

(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：	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：	13,729,000	全年已支用點數：	16,949,000	全年已支用點數：	30,678,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 30,678,000

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：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	15,514,824	全年已支用點數：	3,365,090	全年已支用點數：	18,879,914

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 18,879,914

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：16

4. 補助急診專科醫師人力：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	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：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	29,243,824	全年已支用點數：	20,314,090	全年已支用點數：	49,557,914

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 49,557,914

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 110,442,086

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：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：347,660,062

暫結金額=1元/點×全年已支用點數= 347,660,062

未支用金額=全年預算- 暫結金額= 602,339,938

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：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 420,272,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=689,000,000/4+ 420,272,000=592,522,000

已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 592,522,000

全年合計:

全年預算=689,000,000

已支用點數：96,478,000

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 46,390,400 + 50,087,600 + 0 + 0 = 96,478,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 689,000,000 - 96,478,000 = 592,522,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：18

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：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：59,973,164

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 59,973,164

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 114,000,000 - 59,973,164 = 54,026,836

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	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	229,915,807,917	11,012,818,538	0	132,510,744,550	97,405,063,367

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。

(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	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	226,666,311,837	11,012,818,538	0	130,723,521,707	95,942,790,130

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		
	北區分區	0.14653	0.14775		
	中區分區	0.17621	0.17623		
	南區分區	0.13900	0.13833		
	高屏分區	0.14381	0.14369		
	東區分區	0.02426	0.02400		
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646		
	北區分區	0.12564	0.12553		
	中區分區	0.17851	0.18040		
	南區分區	0.14305	0.14210		
	高屏分區	0.15267	0.15118		
	東區分區	0.02389	0.02433		
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34670	0.34686		
	北區分區	0.15464	0.15523		
	中區分區	0.18168	0.18166		
	南區分區	0.14063	0.14017		
	高屏分區	0.15219	0.15201		
	東區分區	0.02416	0.02407		
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616		
	北區分區	0.12417	0.12540		
	中區分區	0.18251	0.18198		
	南區分區	0.15388	0.15291		
	高屏分區	0.16045	0.15766		
	東區分區	0.03563	0.03589		

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：22

(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 (=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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：23

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 $\times$ (1+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%))。

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	14,676,833	44,611,003	91,971,169
小計	32,030,430	37,169,763	32,935,263	97,864,544	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14,676,833、Q4為44,611,003。

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	6,604,575	20,074,951	41,387,026
小計	14,413,693	16,726,393	14,820,868	44,039,044	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	8,072,258	24,536,052	50,584,143
小計	17,616,737	20,443,370	18,114,395	53,825,500	110,000,002
3. 門住診合計	32,030,430	37,169,763	32,935,263	97,864,544	200,000,000

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			36,435,618,575
北區分區	6,410,482,353	6,896,891,432			13,307,373,785
中區分區	8,340,811,928	8,983,615,031			17,324,426,959
南區分區	6,704,279,784	7,137,143,100			13,841,422,884
高屏分區	6,971,520,756	7,429,256,964			14,400,777,720
東區分區	1,140,456,080	1,227,824,794			2,368,280,874
小 計	47,158,419,399	50,519,481,398			97,677,900,797

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			45,808,543,607
北區分區	8,821,869,611	9,517,175,944			18,339,045,555
中區分區	11,653,210,799	12,465,797,504			24,119,008,303
南區分區	9,462,004,587	10,087,897,658			19,549,902,245
高屏分區	10,031,827,540	10,638,072,336			20,669,899,876
東區分區	1,956,587,304	2,105,817,767			4,062,405,071
小 計	63,985,738,068	68,563,066,589			132,548,804,657

(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22；風險調整基金移撥款，詳頁次24。

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			35,889,948,968
北區分區	6,408,359,044	6,698,893,662			13,107,252,706
中區分區	8,338,049,213	8,725,708,058			17,063,757,271
南區分區	6,702,083,400	6,934,349,394			13,636,432,794
高屏分區	6,969,212,720	7,216,071,942			14,185,284,662
東區分區	1,140,080,960	1,192,870,199			2,332,951,159
小 計	47,142,840,499	49,072,787,061			96,215,627,560

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			45,189,346,266
北區分區	8,819,244,227	9,271,710,735			18,090,954,962
中區分區	11,649,742,760	12,144,278,367			23,794,021,127
南區分區	9,459,188,108	9,827,661,940			19,286,850,048
高屏分區	10,028,843,206	10,363,796,370			20,392,639,576
東區分區	1,956,007,158	2,051,762,677			4,007,769,835
小 計	63,966,697,192	66,794,884,622			130,761,581,814

=====

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：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：29

四、第1~2季合計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	18,663,820,475(BF1)	0.87940496	-----	20,448,832,119	6,048,648
	2-北區分區	1,987,617,633	0.87940496	1,747,920,805	2,190,129,847	
	3-中區分區	853,789,864	0.87940496	750,827,041	901,951,311	
	4-南區分區	504,460,339	0.87940496	443,624,924	599,290,134	
	5-高屏分區	639,930,054	0.87940496	562,757,664	633,533,583	
	6-東區分區	149,721,570	0.87940496	131,665,891	154,883,603	
	7-合計	22,799,339,935(GF1)		3,636,796,325(AF1)	24,928,620,597(BG1)	6,048,648(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	1,442,572,840	0.87940496	1,268,605,711	1,687,404,229	
	2-北區分區	5,967,178,320(BF1)	0.87940496	-----	6,325,966,305	2,881,470
	3-中區分區	533,774,072	0.87940496	469,403,566	571,050,341	
	4-南區分區	187,862,234	0.87940496	165,206,980	209,295,909	
	5-高屏分區	148,097,244	0.87940496	130,237,451	142,372,339	
	6-東區分區	36,244,458	0.87940496	31,873,556	36,656,830	
	7-合計	8,315,729,168(GF1)		2,065,327,264(AF1)	8,972,745,953(BG1)	2,881,470(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	420,587,213	0.87940496	369,866,481	489,241,932	
	2-北區分區	190,774,263	0.87940496	167,767,833	218,074,237	
	3-中區分區	9,374,047,975(BF1)	0.87940496	-----	10,337,488,080	2,847,543
	4-南區分區	250,900,464	0.87940496	220,643,113	327,025,185	
	5-高屏分區	125,399,349	0.87940496	110,276,809	122,395,934	
	6-東區分區	23,542,707	0.87940496	20,703,573	23,925,841	
	7-合計	10,385,251,971(GF1)		889,257,809(AF1)	11,518,151,209(BG1)	2,847,543(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：30

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	415,269,041	0.87940496	365,189,654	515,005,565	
	2-北區分區	155,775,047	0.87940496	136,989,349	179,220,429	
	3-中區分區	389,785,377	0.87940496	342,779,194	456,593,594	
	4-南區分區	6,375,498,134(BF1)	0.87940496	-----	8,368,584,626	1,962,168
	5-高屏分區	344,048,420	0.87940496	302,557,887	394,544,536	
	6-東區分區	19,908,081	0.87940496	17,507,265	20,421,150	
	7-合計	7,700,284,100(GF1)		1,165,023,349(AF1)	9,934,369,900(BG1)	1,962,168(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	244,690,272	0.87940496	215,181,839	282,725,795	
	2-北區分區	86,159,938	0.87940496	75,769,477	102,961,819	
	3-中區分區	150,164,883	0.87940496	132,055,743	170,883,064	
	4-南區分區	409,896,527	0.87940496	360,465,039	463,824,928	
	5-高屏分區	7,621,304,121(BF1)	0.87940496	-----	8,171,749,189	1,566,959
	6-東區分區	28,321,615	0.87940496	24,906,169	31,643,899	
	7-合計	8,540,537,356(GF1)		808,378,267(AF1)	9,223,788,694(BG1)	1,566,959(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	118,958,891	0.87940496	104,613,039	135,630,913	
	2-北區分區	40,808,763	0.87940496	35,887,429	46,705,041	
	3-中區分區	32,739,572	0.87940496	28,791,342	33,687,444	
	4-南區分區	18,337,443	0.87940496	16,126,038	18,831,422	
	5-高屏分區	42,710,406	0.87940496	37,559,743	56,588,780	
	6-東區分區	1,255,183,372(BF1)	0.87940496	-----	1,412,784,368	617,746
	7-合計	1,508,738,447(GF1)		222,977,591(AF1)	1,704,227,968(BG1)	617,746(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	112,055,465(BF2)	0.91857084	102,930,883	98,169,126
	2-北區分區	-7(BF2)	0.93158157	-7	-5
	3-中區分區	24,216,423(BF2)	0.93155570	22,558,947	26,737,171
	4-南區分區	-38(BF2)	0.93460562	-36	-175
	5-高屏分區	1,230,984(BF2)	0.94688758	1,165,603	575,912
	6-東區分區	8,563,138(BF2)	0.91822505	7,862,888	7,937,434
	7-合計	146,065,965(GF2)		134,518,278(AF2)	133,419,463(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	2,473,214(BF2)	0.91857084	2,271,822	1,985,186
	2-北區分區	-47(BF2)	0.93158157	-44	-40
	3-中區分區	6,994,622(BF2)	0.93155570	6,515,880	8,663,786
	4-南區分區	-14(BF2)	0.93460562	-13	-52
	5-高屏分區	314,276(BF2)	0.94688758	297,584	147,726
	6-東區分區	2,479,572(BF2)	0.91822505	2,276,805	1,720,231
	7-合計	12,261,623(GF2)		11,362,034(AF2)	12,516,837(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	1,220,269(BF2)	0.91857084	1,120,904	1,222,872
	2-北區分區	-1(BF2)	0.93158157	-1	0
	3-中區分區	371,797,563(BF2)	0.93155570	346,350,139	416,938,083
	4-南區分區	-55(BF2)	0.93460562	-51	-40
	5-高屏分區	261,343(BF2)	0.94688758	247,462	275,539
	6-東區分區	2,144,110(BF2)	0.91822505	1,968,776	1,744,288
	7-合計	375,423,229(GF2)		349,687,229(AF2)	420,180,742(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：32

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	789,265(BF2)	0.91857084	724,996	923,204
	2-北區分區	-1(BF2)	0.93158157	-1	0
	3-中區分區	15,234,690(BF2)	0.93155570	14,191,962	18,205,016
	4-南區分區	-512(BF2)	0.93460562	-479	-4,355
	5-高屏分區	793,957(BF2)	0.94688758	751,788	364,042
	6-東區分區	2,506,479(BF2)	0.91822505	2,301,512	2,296,102
7-合計		19,323,878(GF2)		17,969,778(AF2)	21,784,009(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	2,006,970(BF2)	0.91857084	1,843,544	2,200,828
	2-北區分區	0(BF2)	0.93158157	0	0
	3-中區分區	3,967,552(BF2)	0.93155570	3,695,996	4,787,477
	4-南區分區	-8(BF2)	0.93460562	-7	-111
	5-高屏分區	26,207,416(BF2)	0.94688758	24,815,477	15,002,931
	6-東區分區	1,617,843(BF2)	0.91822505	1,485,544	1,251,563
7-合計		33,799,773(GF2)		31,840,554(AF2)	23,242,688(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	209,554(BF2)	0.91857084	192,490	258,141
	2-北區分區	-1(BF2)	0.93158157	-1	0
	3-中區分區	826,304(BF2)	0.93155570	769,748	1,180,111
	4-南區分區	-3(BF2)	0.93460562	-3	-6
	5-高屏分區	59,809(BF2)	0.94688758	56,632	79,627
	6-東區分區	26,849,406(BF2)	0.91822505	24,653,797	20,784,563
7-合計		27,945,069(GF2)		25,672,663(AF2)	22,302,436(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	20,621,369,060(BF3)	0.87940496	-----	9,461,575,220	20,941,769
	2-北區分區	2,045,012,794	0.87940496	1,798,394,394	1,040,053,511	
	3-中區分區	892,248,800	0.87940496	784,648,020	448,813,588	
	4-南區分區	569,606,778	0.87940496	500,915,026	259,854,772	
	5-高屏分區	681,698,271	0.87940496	599,488,841	329,618,582	
	6-東區分區	253,028,849	0.87940496	222,514,825	96,542,793	
	7-合計	25,062,964,552(GF3)		3,905,961,106(AF3)	11,636,458,466(BG3)	20,941,769(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	1,855,801,815	0.87940496	1,632,001,321	933,383,520	
	2-北區分區	7,146,037,871(BF3)	0.87940496	-----	3,078,836,735	8,216,549
	3-中區分區	706,277,109	0.87940496	621,103,593	348,468,142	
	4-南區分區	206,860,755	0.87940496	181,914,374	101,154,394	
	5-高屏分區	179,375,276	0.87940496	157,743,507	82,388,404	
	6-東區分區	73,841,064	0.87940496	64,936,198	27,731,705	
	7-合計	10,168,193,890(GF3)		2,657,698,993(AF3)	4,571,962,900(BG3)	8,216,549(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	570,378,720	0.87940496	501,593,875	280,313,301	
	2-北區分區	234,179,979	0.87940496	205,939,035	115,870,240	
	3-中區分區	12,002,787,609(BF3)	0.87940496	-----	5,243,059,838	9,343,883
	4-南區分區	317,288,505	0.87940496	279,025,085	154,976,341	
	5-高屏分區	147,336,387	0.87940496	129,568,350	71,508,658	
	6-東區分區	45,694,051	0.87940496	40,183,575	17,212,398	
	7-合計	13,317,665,251(GF3)		1,156,309,920(AF3)	5,882,940,776(BG3)	9,343,883(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：34

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	617,968,326	0.87940496	543,444,411	288,848,091	
	2-北區分區	195,796,948	0.87940496	172,184,807	93,445,181	
	3-中區分區	575,467,547	0.87940496	506,069,015	271,394,799	
	4-南區分區	9,174,845,719(BF3)	0.87940496	-----	3,862,443,102	4,554,452
	5-高屏分區	449,694,767	0.87940496	395,463,809	214,577,219	
	6-東區分區	40,198,939	0.87940496	35,351,146	12,991,568	
	7-合計	11,053,972,246(GF3)		1,652,513,188(AF3)	4,743,699,960(BG3)	4,554,452(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	345,678,479	0.87940496	303,991,369	170,097,891	
	2-北區分區	111,601,195	0.87940496	98,142,644	52,573,870	
	3-中區分區	198,800,094	0.87940496	174,825,789	95,763,081	
	4-南區分區	602,639,208	0.87940496	529,963,909	276,572,931	
	5-高屏分區	10,780,474,116(BF3)	0.87940496	-----	4,497,961,290	4,502,387
	6-東區分區	58,887,343	0.87940496	51,785,822	21,469,162	
	7-合計	12,098,080,435(GF3)		1,158,709,533(AF3)	5,114,438,225(BG3)	4,502,387(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	191,877,994	0.87940496	168,738,460	93,307,944	
	2-北區分區	70,473,503	0.87940496	61,974,748	30,845,791	
	3-中區分區	46,641,566	0.87940496	41,016,824	21,541,893	
	4-南區分區	26,324,708	0.87940496	23,150,079	13,073,352	
	5-高屏分區	78,377,665	0.87940496	68,925,707	39,192,237	
	6-東區分區	1,831,064,234(BF3)	0.87940496	-----	751,518,650	805,589
	7-合計	2,244,759,670(GF3)		363,805,818(AF3)	949,479,867(BG3)	805,589(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	219,630,095(BF4)	0.91857084	201,745,801	53,092,721
	2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
	3-中區分區	18,471,569(BF4)	0.93155570	17,207,295	7,550,375
	4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	-180
	5-高屏分區	4,127,458(BF4)	0.94688758	3,908,239	363,120
	6-東區分區	24,367,806(BF4)	0.91822505	22,375,130	3,232,949
	7-合計	266,596,928(GF4)		245,236,465(AF4)	64,238,985(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	7,527,133(BF4)	0.91857084	6,914,205	1,395,056
	2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
	3-中區分區	8,205,442(BF4)	0.93155570	7,643,826	2,893,589
	4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	-124
	5-高屏分區	823,970(BF4)	0.94688758	780,207	91,096
	6-東區分區	8,801,380(BF4)	0.91822505	8,081,648	1,179,595
	7-合計	25,357,925(GF4)		23,419,886(AF4)	5,559,212(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	2,856,321(BF4)	0.91857084	2,623,733	658,918
	2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
	3-中區分區	420,958,249(BF4)	0.93155570	392,146,056	141,066,629
	4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	-43
	5-高屏分區	561,085(BF4)	0.94688758	531,284	76,585
	6-東區分區	16,228,108(BF4)	0.91822505	14,901,055	2,531,955
	7-合計	440,603,763(GF4)		410,202,128(AF4)	144,334,044(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1918r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：109/11/13

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01—109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：36

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	3,127,174(BF4)	0.91857084	2,872,531	492,906
	2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
	3-中區分區	14,532,710(BF4)	0.93155570	13,538,029	6,585,241
	4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	-4,919
	5-高屏分區	4,611,780(BF4)	0.94688758	4,366,837	499,158
	6-東區分區	16,744,722(BF4)	0.91822505	15,375,423	2,383,818
7-合計		39,016,386(GF4)		36,152,820(AF4)	9,956,204(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	2,527,712(BF4)	0.91857084	2,321,883	1,032,993
	2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
	3-中區分區	4,865,666(BF4)	0.93155570	4,532,639	1,762,811
	4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	-130
	5-高屏分區	138,032,657(BF4)	0.94688758	130,701,409	13,232,363
	6-東區分區	11,996,804(BF4)	0.91822505	11,015,766	1,787,489
7-合計		157,422,839(GF4)		148,571,697(AF4)	17,815,526(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	697,863(BF4)	0.91857084	641,037	186,123
	2-北區分區	0(BF4)	0.93158157	0	0
	3-中區分區	1,253,562(BF4)	0.93155570	1,167,763	517,758
	4-南區分區	0(BF4)	0.93460562	0	-25
	5-高屏分區	248,155(BF4)	0.94688758	234,975	7,807
	6-東區分區	90,993,356(BF4)	0.91822505	83,552,379	15,294,008
7-合計		93,192,936(GF4)		85,596,154(AF4)	16,005,671(BG4)

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

$$\begin{aligned}
& [\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (加總BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (加總BD3)} \\
& - \text{加總 (門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數} \times \text{前季全區浮動點值) (AF1+AF3)} \\
& - \text{(加總 (門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) (BG1+BG3) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款)} \\
& - \text{加總 (門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數} \times \text{前季就醫分區平均點值) (AF2+AF4)} \\
& - \text{加總 (門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) (BG2+BG4)} \\
& - \text{加總 (門住診當地就醫分區自墊核退點數) (BJ1+BJ3)}] \\
& \div \text{加總 (門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數) (BF1+BF3)}
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{臺北分區} = & [35,889,948,968 + 45,189,346,266 - 7,542,757,431 - (36,565,079,063 - 422,138,508 - 0) \\
& - 379,754,743 - 197,658,448 - 26,990,417] \div 39,285,189,535 = 0.93646471
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{北區分區} = & [13,107,252,706 + 18,090,954,962 - 4,723,026,257 - (13,544,708,853 - 132,839,820 - 0) \\
& - 34,781,920 - 18,076,049 - 11,098,019] \div 13,113,216,191 = 0.99131717
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{中區分區} = & [17,063,757,271 + 23,794,021,127 - 2,045,567,729 - (17,401,091,985 - 230,630,827 - 0) \\
& - 759,889,357 - 564,514,786 - 12,191,426] \div 21,376,835,584 = 0.94986715
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{南區分區} = & [13,636,432,794 + 19,286,850,048 - 2,817,536,537 - (14,678,069,860 - 181,785,887 - 0) \\
& - 54,122,598 - 31,740,213 - 6,516,620] \div 15,550,343,853 = 0.99786108
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{高屏分區} = & [14,185,284,662 + 20,392,639,576 - 1,967,087,800 - (14,338,226,919 - 152,001,870 - 0) \\
& - 180,412,251 - 41,058,214 - 6,069,346] \div 18,401,778,237 = 0.98887571
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{東區分區} = & [2,332,951,159 + 4,007,769,835 - 586,783,409 - (2,653,707,835 - 23,619,660 - 0) \\
& - 111,268,817 - 38,308,107 - 1,423,335] \div 3,086,247,606 = 0.96325685
\end{aligned}$$

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (加總BD4) + 調整後住診一般服務預算總額 (加總BD3)

$$\begin{aligned}
& - \text{(加總 (門住診核定非浮動點數) (BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款)} \\
& - \text{加總 (門住診自墊核退點數) (BJ1+BJ3)}] \\
& \div \text{加總 (門住診一般服務浮動核定點數) (GF1+GF2+GF3+GF4)}
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& = [96,215,627,560 + 130,761,581,814 - (100,072,240,332 - 1,143,016,572 - 0) - 64,289,163] \div 134,832,527,335 \\
& = 0.94920491
\end{aligned}$$

註：1. 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。

2. 藥品價量協議：第1季台北200,961,442、北區57,918,980、中區111,344,745、南區81,016,040、高屏70,679,833、東區7,438,235；
第2季台北221,177,066、北區74,920,840、中區119,286,082、南區100,769,847、高屏81,322,037、東區16,181,425。

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（加總BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額（加總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	＝[35,889,948,968＋ 45,189,346,266]／[48,274,967,380＋ 36,762,737,511－422,138,508 －	0＋ 26,990,417]	＝ 0.95790225
北區分區	＝[13,107,252,706＋ 18,090,954,962]／[18,521,542,606＋ 13,562,784,902－132,839,820 －	0＋ 11,098,019]	＝ 0.97608523
中區分區	＝[17,063,757,271＋ 23,794,021,127]／[24,518,944,214＋ 17,965,606,771－230,630,827 －	0＋ 12,191,426]	＝ 0.96667938
南區分區	＝[13,636,432,794＋ 19,286,850,048]／[18,812,596,610＋ 14,709,810,073－181,785,887 －	0＋ 6,516,620]	＝ 0.98728963
高屏分區	＝[14,185,284,662＋ 20,392,639,576]／[20,829,840,403＋ 14,379,285,133－152,001,870 －	0＋ 6,069,346]	＝ 0.98616017
東區分區	＝[2,332,951,159＋ 4,007,769,835]／[3,874,636,122＋ 2,692,015,942－ 23,619,660 －	0＋ 1,423,335]	＝ 0.96886911

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值
 ＝[96,215,627,560＋ 130,761,581,814]／[134,832,527,335＋100,072,240,332－1,143,016,572 － 0＋ 64,289,163]＝ 0.97070972

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（加總BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額（加總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）]
 ＝[96,215,627,560＋ 130,761,581,814＋ 14,282,090,893]
 ／[134,832,527,335＋ 100,072,240,332－ 1,143,016,572－ 0＋ 64,289,163＋ 14,284,002,128]
 ＝ 0.97238829

註：

- 專款專用暫結金額＝C型肝炎藥費暫結金額＋罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暫結金額
 ＋ 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額＋ 醫療給付改善方案暫結金額
 ＋ 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額＋ 急診品質提升方案暫結金額
 ＋ 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額＋ 鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額
 ＋ 品質保證保留款預算＋ 網路頻寬補助費用暫結金額
 ＝ 3,236,318,939＋ 7,158,344,689＋ 2,133,195,523＋ 440,245,721＋ 40,000,000＋ 49,557,914＋ 347,660,062
 ＋ 96,478,000＋ 720,316,881＋ 59,973,164
 ＝ 14,282,090,893
- 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＋109年品質保證保留款預算／4。

五、說明

- 第1季結算費用年月包括：費用年月108/12(含)以前：於109/04/01～109/06/30期間核付者。費用年月109/01～109/03：於109/01/01～109/06/30期間核付者。
- 第2季結算費用年月包括：費用年月109/03(含)以前：於109/07/01～109/09/30期間核付者。費用年月109/04～109/06：於109/04/01～109/09/30期間核付者。
- 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。
- 依據109年11月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額109年第4次研商議事會議」決定，109年第1-2季採合併結算。一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指109年第1-2季結算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。