檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：劉勁梅(02)27065866轉2621
電子信箱：A110626@nhi.gov.tw

24159
新北市三重區重新路5段609巷6號3樓之3
受文者：唐宏生代表

台灣醫療暨生技器材工業同業公會
收 108.09.04 文
檔號：08553

發文日期：中華民國108年9月3日
發文字號：健保醫字第1080033960A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請自本署全球資訊網自行擷取

裝

主旨：檢送本署108年8月21日召開之「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3次會議紀錄，下載方式詳如說明，請查照。

說明：旨揭會議紀錄請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/醫事機構/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額研商議事會議紀錄/醫院總額。

訂

正本：申斯靜代表、朱益宏代表、吳志雄代表、吳淑芬代表、吳鏘亮代表、李允文代表、李純馥代表、周思源代表、孟令妤代表、林芳郁代表、林欣榮代表、林恒立代表、林鳳珠代表、林慧玲代表、林錫維代表、邱仲慶代表、邱寶安代表、侯明鋒代表、唐宏生代表、張克士代表、張國寬代表、張德明代表、梁淑政代表、郭守仁代表、郭宗正代表、陳石池代表、陳振文代表、程文俊代表、童瑞龍代表、黃遵誠代表、劉淑芬代表、劉碧珠代表、劉建良代表、蔡淑鈴代表、謝文輝代表、謝武吉代表、謝景祥代表、謝輝龍代表、顏鴻順代表、羅永達代表、嚴玉華代表、蘇主榮代表、蘇東茂代表(依姓氏筆劃排序)
副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署資訊組、本署財務組、本署醫務管理組（均含附件）衛生福利部中央健康保險署收對章(2)

線

署長 李伯璋

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 108年調整後第 1 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

＝108年調整前第 1 季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)× 各季預算占率(h_q1)

＝ 439,020,578,615 × 23.786178%

＝ 104,426,216,286 (D)

註：

1. 依據107年11月21日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」107年第4次會議決定，108年醫院總額一般服務預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第1季23.786178%、第2季24.973738%、第3季25.364080%、第4季25.876004%。
醫院總額一般服務各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 108年度全年醫院總額一般服務醫療給付費用總額預算(不含106年品質保證保留款、108年其他醫療服務利用及密集度之改變及風險基金移撥款)為439,020,578,615元。
(1)108年第1季調整後預算104,426,216,286＝439,020,578,615 ×23.786178% (h_q1)。
(2)108年第2季調整後預算109,639,849,069＝439,020,578,615 ×24.973738% (h_q2)。
(3)108年第3季調整後預算111,353,530,776＝439,020,578,615 ×25.364080% (h_q3)。
(4)108年第4季調整後預算＝108年全年預算數－108年第1季調整後預算－108年第2季調整後預算－108年第3季調整後預算＝113,600,982,484。

(二) 108年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	106年調整前各季一般服務醫療給付費用總額	105年各季校正投保人口預估成長率差值	106年新特材未導入預算	107年調整前各季一般服務醫療給付費用	106年各季校正投保人口預估成長率差值	107年新特材未導入預算	107年違反特管辦法之扣款(說明1、2)	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額	106年品質保證保留款(說明4)
	(A1)	(B1)	(B2)	(G0) =(A1+B1-B2)×(1+3.576%)	(B3)	(B4)	(B5)	(G) =(G0+B3-B4+B5)×(1+4.080%)	(F)
第1季	97,216,832,387	269,239,411	62,000,000	100,907,956,605	218,990,692	38,750,000	8,257,954	105,221,190,625	92,954,852
第2季	104,231,533,216	235,257,672	62,000,000	108,138,306,210	293,091,879	38,750,000	8,257,954	112,823,663,010	99,662,029
第3季	102,028,352,753	396,749,751	62,000,000	106,023,607,050	150,867,011	38,750,000	8,257,954	110,474,656,481	97,555,436
第4季	103,048,270,211	152,251,657	62,000,000	106,826,755,410	331,034,344	38,750,000	8,257,955	111,498,091,456	98,530,640
合 計	406,524,988,567	1,053,498,491	248,000,000	421,896,625,275	993,983,926	155,000,000	33,031,817	440,017,601,572	388,702,957

項目	107年其他醫療服務利用及密集度之改變(說明3)	108年風險調整基金移撥款	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計
	(E)	(H)	(G1) =(G)－(F)－(E)－(H)
第1季	114,580,000	37,500,000	104,976,155,773
第2季	114,580,000	37,500,000	112,571,920,981
第3季	114,580,000	37,500,000	110,225,021,045
第4季	114,580,000	37,500,000	111,247,480,816
合 計	458,320,000	150,000,000	439,020,578,615

註：

1. 108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)＝(107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)＋106年各季校正投保人口預估成長率差值(B3) －107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)＋107年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B5))×(1＋4.080%)。
   ※一般服務成長率為4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.292%，協商因素成長率0.788%。
   ※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
2. 108年醫院總額前一年度違反特管辦法之扣款(B5) 33,031,817元，採四季均分。
3. 107年扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)：依據107年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，107年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。107年新特材未於時程內導入之預算155,000,000元，於一般服務每季扣減 38,750,000元。
4. 106年品質保證保留款(F)＝(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額＋104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
5. 108年其他醫療服務利用及密集度之改變(E)：458,320,000
   (1)本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。
   (2)前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
      ※「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」107年12月1日已回歸原醫院，「斗六慈濟診所」108年1月1日併入醫院總額。
   (3)因應醫院附設門診部回歸醫院，107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。
   (4)108年醫院附設門診部回歸原醫院之預算458,320,000 (＝400,000,000元×(1＋4.080%)＋42,000,000元)，依所回歸之分區予以分配，每季扣減114,580,000。其中174,854,400元(＝168,000,000元×(1＋4.080%))，依107年各分區(臺北、高屏、東區)實際已回歸原醫院所需費用之各分區年度占率，回歸該季該分區一般服務預算；其餘 283,465,600元分配予南區。
6. 風險調節基金移撥款(H)：依據衛生福利部108年2月27日衛部健字第1083360025A號公告「108年度全民健康保險醫院醫療給付費用之地區預算分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度388.7百萬元)移撥1.5億元，作為風險調整基金。

(三) 108年第1季門診透析服務預算
= 107年第1季醫院門診透析服務預算× (1+1.839%)
= 5,089,512,506× (1+1.839%)
= 5,183,108,641

(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)

※108年第1季DRGs尚未導入，本季預算= 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為 868百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎藥費　全年預算 ＝4,760百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	5,716,515	住診第1季已支用點數：	173	門住診合計第1季已支用點數：	5,716,688
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	5,716,515	全 年已支用點數：	173	全 年已支用點數：	5,716,688

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	2,832,384,261	住診第1季已支用點數：	3,820,480	門住診合計第1季已支用點數：	2,836,204,741
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,832,384,261	全 年已支用點數：	3,820,480	全 年已支用點數：	2,836,204,741

3. 合計

門診第1季已支用點數：	2,838,100,776	住診第1季已支用點數：	3,820,653	門住診合計第1季已支用點數：	2,841,921,429
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,838,100,776	全 年已支用點數：	3,820,653	全 年已支用點數：	2,841,921,429

4.廠商負擔款

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

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 2,841,921,429

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

註：
1. 依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸C型肝炎藥費專款，使更多病患使用C肝新藥。
2. 如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。

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

1. 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	1,259,565,386	住診第1季已支用點數：	237,930,915	門住診合計第1季已支用點數：	1,497,496,301
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	1,259,565,386	全 年已支用點數：	237,930,915	全 年已支用點數：	1,497,496,301

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,497,496,301

2. 血友病藥費

門診第1季已支用點數：	790,957,487	住診第1季已支用點數：	91,237,996	門住診合計第1季已支用點數：	882,195,483
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	790,957,487	全 年已支用點數：	91,237,996	全 年已支用點數：	882,195,483

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 882,195,483

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：	896,259,922	住診第1季已支用點數：	472,586	門住診合計第1季已支用點數：	896,732,508
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	896,259,922	全 年已支用點數：	472,586	全 年已支用點數：	896,732,508

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 896,732,508

4. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	1,260,000	門住診合計第1季已支用點數：	1,260,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	1,260,000	全 年已支用點數：	1,260,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,260,000

5.合計

門診第1季已支用點數：	2,946,782,795	住診第1季已支用點數：	330,901,497	門住診合計第1季已支用點數：	3,277,684,292
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	2,946,782,795	全 年已支用點數：	330,901,497	全 年已支用點數：	3,277,684,292

6.藥品價量協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	0	全 年合計金額：	0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數
＝ 3,277,684,292

未支用金額＝ 全年預算 －（暫結金額－全年藥品價量協議）
＝ 15,234,400,000 －（ 3,277,684,292－ 0）
＝ 15,234,400,000 － 3,277,684,292
＝ 11,956,715,708

註：1.如預算不足，依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項下支應。
2.藥品價量協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(三) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質　全年預算＝ 4,712.8百萬元

門診第1季已支用點數：	587,031,282	住診第1季已支用點數：	482,719,308	門住診合計第1季已支用點數：	1,069,750,590
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	587,031,282	全 年已支用點數：	482,719,308	全 年已支用點數：	1,069,750,590

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 1,069,750,590

未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝ 3,643,049,410

(四) 醫療給付改善方案　全年預算＝1,187百萬元

1. 乳癌

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

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 0

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	10,333,540	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	10,333,540
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	10,333,540	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	10,333,540

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 10,333,540

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	138,637,207	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	138,637,207
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	138,637,207	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	138,637,207

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 138,637,207

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	9,354,767	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,354,767
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	9,354,767	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	9,354,767

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 9,354,767

5.B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

門診第1季已支用點數：	7,508,670	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	7,508,670
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	7,508,670	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	7,508,670

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 7,508,670

6.孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	12,926,100
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	12,926,100	全 年已支用點數：	12,926,100

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 12,926,100

7.早期療育門診

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

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 425,000

8.慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	5,231,620	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,231,620
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	5,231,620	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	5,231,620

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 5,231,620

9.提升醫院用藥安全與品質

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

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 0

10.合計

門診第1季已支用點數：	171,490,804	住診第1季已支用點數：	12,926,100	門住診合計第1季已支用點數：	184,416,904
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	171,490,804	全 年已支用點數：	12,926,100	全 年已支用點數：	184,416,904

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 184,416,904　　未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額 ＝ 1,002,583,096

(五)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案　全年預算＝ 80百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季:

預算＝ 80,000,000/4＝ 20,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1：　已支用點數 4,873,126(J1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2：　已支用點數 5,444,064(J2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3：　已支用點數 7,480,000(J3)
(4)合計：　已支用點數 17,797,190(J9)

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

第2季:

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

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1：　已支用點數 0(K1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2：　已支用點數 0(K2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3：　已支用點數 0(K3)
(4)合計：　已支用點數 0(K9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0　　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 22,202,810

第3季:

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

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

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

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

(4)合計：　已支用點數　0(L9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 42,202,810

第4季:

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

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1：　已支用點數　0(M1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2：　已支用點數　0(M2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3：　已支用點數　0(M3)

(4)合計：　已支用點數　0(M9)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 62,202,810

合計:

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數N1：　已支用點數　4,873,126(N1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數N2：　已支用點數　5,444,064(N2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3：　已支用點數　7,480,000(N3)

(4)合計：　已支用點數　17,797,190(N9)

暫結金額 ＝ 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)＝ 17,797,190

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 ＝ 62,202,810

註：依據「108年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(六)急診品質提升方案　全年預算＝　160百萬元

1. 急診重大疾病照護品質：

門診第1季已支用點數：	4,519,000	住診第1季已支用點數：	4,836,000	門住診合計第1季已支用點數：	9,355,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	4,519,000	全 年已支用點數：	4,836,000	全 年已支用點數：	9,355,000

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　9,355,000

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	9,079,959	住診第1季已支用點數：	1,884,936	門住診合計第1季已支用點數：	10,964,895
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	9,079,959	全 年已支用點數：	1,884,936	全 年已支用點數：	10,964,895

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　10,964,895

3. 急診處置效率品質獎勵：

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

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　0

4. 補助急診專科醫師人力：

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

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝　0

5.合計:

門診第1季已支用點數：	13,598,959	住診第1季已支用點數：	6,720,936	門住診合計第1季已支用點數：	20,319,895
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	13,598,959	全 年已支用點數：	6,720,936	全 年已支用點數：	20,319,895

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數　　未支用金額 ＝全年預算 － 暫結金額
＝ 20,319,895　　＝ 139,680,105

(七)醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算＝950百萬元

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

暫結金額＝1元/點×全年已支用點數＝ 221,133,400　　未支用金額＝全年預算－ 暫結金額＝ 728,866,600

註：

1.依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。
2.全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：
(1)符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
(2)有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，惟醫院如依該計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
(3)若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
(4)若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。
(5)全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院補助金額)。

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算＝689百萬元

第1季:

預算＝689,000,000/4＝172,250,000

已支用點數： 42,567,400

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數
＝ 42,567,400

未支用金額 ＝第1季預算 － 暫結金額
＝ 129,682,600

第2季:

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

已支用點數： 0

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
＝ 301,932,600

第3季:

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

已支用點數： 0

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
＝ 474,182,600

第4季:

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

已支用點數： 0

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
＝ 646,432,600

全年合計:

全年預算＝689,000,000

已支用點數： 42,567,400

暫結金額 ＝第1~4季暫結金額 ＝ 42,567,400＋ 0＋ 0＋ 0＝ 42,567,400

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

註：

1. 依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據108年5月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第2次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億元)按季支應，每季最多支應3.365億元(13.46/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(九)品質保證保留款(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋108年編列之品質保證保留款預算

＝(105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額＋各季校正投保人口預估成長率差值）×106年品質保證保留款成長率(0.10%)＋406,500,000

＝(92,471,391,823＋ 483,460,581)×0.10%＋(99,278,528,774＋ 383,500,404)×0.10%＋(97,144,240,670＋ 411,195,342)×0.10%
＋(98,251,108,970＋ 279,531,381)×0.10%＋406,500,000

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

＝795,202,957

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)與108年度之品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

(十)網路頻寬補助費用

全年預算＝114百萬元

第1季已支用點數：	24,759,401
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全 年已支用點數：	24,759,401

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 24,759,401

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

三、108年醫院一般門住診服務費用總額(不含門診透析)

(一)調整前一般門住診服務費用總額

項目 季別	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計	108年門診透析服務預算	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算	調整前一般住診服務費用總額	調整前一般門診服務費用總額
	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)×55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+(C1)－(D1)－(B)
第1季	104,976,155,773	5,183,108,641	0	60,587,595,428	44,388,560,345
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	104,976,155,773	5,183,108,641	0	60,587,595,428	44,388,560,345

註：1.108年各季門診透析服務預算(B)＝107年各季門診透析服務預算×(1+1.839%)。
108年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,089,512,506×(1+1.839%)＝ 5,183,108,641。
108年第2季門診透析服務預算(B)＝ 5,457,287,058×(1+1.839%)＝ 5,557,646,567。
108年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,329,189,047×(1+1.839%)＝ 5,427,192,834。
108年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,391,371,807×(1+1.839%)＝ 5,490,519,135。
2.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算868百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目 季別	108年調整後各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計 (D)	108年門診透析服務預算 (B)	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算 (C1)	調整後一般住診服務費用總額 (D3) =(D+B)×55%+(C1)	調整後一般門診服務費用總額 (D4) =(D)+(B)+(C1)－(D3)－(B)
第1季	104,426,216,286	5,183,108,641	0	60,285,128,710	44,141,087,576
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合 計	104,426,216,286	5,183,108,641	0	60,285,128,710	44,141,087,576

註：1.108年各季門診透析服務預算(B)＝107年各季門診透析服務預算×(1+1.839%)。
108年第1季門診透析服務預算(B)＝ 5,089,512,506×(1+1.839%)＝ 5,183,108,641。
108年第2季門診透析服務預算(B)＝ 5,457,287,058×(1+1.839%)＝ 5,557,646,567。
108年第3季門診透析服務預算(B)＝ 5,329,189,047×(1+1.839%)＝ 5,427,192,834。
108年第4季門診透析服務預算(B)＝ 5,391,371,807×(1+1.839%)＝ 5,490,519,135。
2.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算868百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。
3.調整後第4季一般住診/門診服務費用總額(D3、D4)＝調整前全年一般住診/門診服務費用總額(加總D1、D2)減去調整後第1-3季調整後一般住診/門診服務費用總額。

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

項目	分　區	第1季	第2季	第3季	第4季
1.門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.37107			
	北區分區	0.14614			
	中區分區	0.17575			
	南區分區	0.13883			
	高屏分區	0.14410			
	東區分區	0.02411			
2.門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3.住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34462			
	北區分區	0.15442			
	中區分區	0.18210			
	南區分區	0.14121			
	高屏分區	0.15370			
	東區分區	0.02395			
4.住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

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

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

1.其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

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

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

註：1.107年臺北、東區門診部回歸之月數為10個月(107年3月回歸)，高屏分區門診部回歸之月數為8個月(107年5月回歸)。
2.107年占率：以該分區107年門診部回歸費用／107年回歸之月數x12個月，計算該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用；再依該分區107年醫院附設門診部回歸之全年費用／Σ臺北、高屏及東區107年醫院附設門診部回歸之全年費用。

1.2 108年其他醫療服務利用及密集度之改變

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

註：1.依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，本項於107年未支用之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x(1＋4.080%))，按季均分，並依107年門診部回歸之分區占率分配。

2.108年風險調整基金移撥款

2.1 各分區分配金額(KS_0)

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

2.2 調整臺北、中區及東區保留款後各分區分配金額(KS_1)

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北分區	0	4,357,395	4,357,395	4,357,393	13,072,183
北區分區	2,391,271	2,391,271	2,391,271	2,391,270	9,565,083
中區分區	0	0	6,712,378	6,712,378	13,424,756
南區分區	3,331,124	3,331,124	3,331,124	3,331,122	13,324,494
高屏分區	8,028,189	8,028,189	8,028,189	8,028,189	32,112,756
東區分區	12,500,181	12,500,181	12,500,181	31,000,185	68,500,728
小計	26,250,765	30,608,160	37,320,538	55,820,537	150,000,000

註：

1. 依據108年3月6日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」108年第1次會議決定略以，醫院總額風險調整移撥款1.5億元，採「四季均分」，併入108年各季各分區醫院總額一般服務費用按季結算。
2. 各季各分區風險調整基金移撥款分配金額，為避免各季各分區風險調整移撥款金額個別加總後與當季總金額產生之數元誤差，故東區各季調整移撥款分配金額＝各季調整移撥款總金額(1.5億/4)減去五分區移撥款分配總金額。
3. 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。
4. 調整臺北、中區及東區風險調整基金移撥款之保留款：
   (1)臺北及中區因方案尚未執行，爰台北保留108年Q1風險移撥款預算3,268,046元，並按季均分至Q2~Q4；中區保留108年Q1-Q2預算共計6,712,378元，並按季均分至Q3及Q4結算。
   (2)依據「醫院總額東區共管會議」108年第2次臨時會議決議，108年Q1至Q3東區風險調整移撥款各季保留462.5萬元至108年Q4結算，三季共保留1,387.5萬元。

2.3 各分區門、住診分配金額

分　區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.風險調整移撥款_門診 (RS_O＝KS_1－RS_I)					
臺北分區	-	1,960,828	1,960,828	1,960,827	5,882,483
北區分區	1,076,072	1,076,072	1,076,072	1,076,071	4,304,287
中區分區	-	-	3,020,570	3,020,570	6,041,140
南區分區	1,499,006	1,499,006	1,499,006	1,499,005	5,996,023
高屏分區	3,612,685	3,612,685	3,612,685	3,612,685	14,450,740
東區分區	5,625,081	5,625,081	5,625,081	13,950,083	30,825,326
小計	11,812,844	13,773,672	16,794,242	25,119,241	67,499,999
2.風險調整移撥款_住診 (RS_I＝KS_1 ×55%)					
臺北分區	-	2,396,567	2,396,567	2,396,566	7,189,700
北區分區	1,315,199	1,315,199	1,315,199	1,315,199	5,260,796
中區分區	-	-	3,691,808	3,691,808	7,383,616
南區分區	1,832,118	1,832,118	1,832,118	1,832,117	7,328,471
高屏分區	4,415,504	4,415,504	4,415,504	4,415,504	17,662,016
東區分區	6,875,100	6,875,100	6,875,100	17,050,102	37,675,402
小計	14,437,921	16,834,488	20,526,296	30,701,296	82,500,001
3.門住診合計	26,250,765	30,608,160	37,320,538	55,820,537	150,000,000

2.調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)＝[(D2)× 50%× (R)]＋[(D2)× 50%× (S)]＋其他醫療服務利用及密集度之改變＋風險調整基金移撥款_門診(RS_O)

分　區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	16,627,692,763				16,627,692,763
北區分區	6,033,037,537				6,033,037,537
中區分區	7,862,545,694				7,862,545,694
南區分區	6,328,489,101				6,328,489,101
高屏分區	6,590,339,235				6,590,339,235
東區分區	1,072,848,859				1,072,848,859
小　計	44,514,953,189				44,514,953,189

3.調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)＝[(D1)× 45%× (R)＋ (D1)× 55%× (S)]＋風險調整基金移撥款_住診(RS_I)

分　區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	20,837,709,933				20,837,709,933
北區分區	8,349,225,566				8,349,225,566
中區分區	11,046,663,630				11,046,663,630
南區分區	8,979,611,127				8,979,611,127
高屏分區	9,541,660,369				9,541,660,369
東區分區	1,847,162,724				1,847,162,724
小　計	60,602,033,349				60,602,033,349

(五)調整後分區門住診一般服務費用總額

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

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

1.其他醫療服務利用及密集度之改變，詳頁次20；風險調整基金移撥款，詳頁次21。
2.調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)＝[(D4)× 50%× (R)]＋ [(D4)× 50%× (S)] ＋其他醫療服務利用及密集度之改變＋風險調整基金移撥款(RS_O)

分　區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	16,535,223,325				16,535,223,325
北區分區	5,999,408,463				5,999,408,463
中區分區	7,818,710,842				7,818,710,842
南區分區	6,293,610,289				6,293,610,289
高屏分區	6,553,617,988				6,553,617,988
東區分區	1,066,909,513				1,066,909,513
小　計	44,267,480,420				44,267,480,420

3.調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)＝[(D3)× 45%× (R)]＋ [(D3)× 55%× (S)] ＋風險調整基金移撥款(RS_I)

分　區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	20,733,683,462				20,733,683,462
北區分區	8,307,550,945				8,307,550,945
中區分區	10,991,516,235				10,991,516,235
南區分區	8,934,792,063				8,934,792,063
高屏分區	9,494,048,327				9,494,048,327
東區分區	1,837,975,599				1,837,975,599
小　計	60,299,566,631				60,299,566,631

註：

1. 為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)所產生之數元誤差,故東區分區地區一般服務預算總額 ＝ 地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)減去前五分區地區一般服務預算總額。
2. 各分區第1-3季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季R、S值。各分區第4季預算：則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。調整後第4季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q4)＝調整前全年各分區門診一般服務預算總額(加總BD2)減去調整後第1-3季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q1、BD4_q2、BD4_q3)＝ 加總BD2－ BD4_q1－ BD4_q2－ BD4_q3；調整後第4季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q4)＝調整前全年各分區住診一般服務預算總額(加總BD1)減去調整後第1-3季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q1、BD3_q2、BD3_q3)＝ 加總BD1－ BD3_q1－ BD3_q2－ BD3_q3。

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1.門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,264,246,141(BF1)	0.87053605	----------	9,484,775,991	4,787,593
	2-北區分區	1,022,813,938	0.87053605	890,396,405	1,029,956,459	
	3-中區分區	422,065,111	0.87053605	367,422,895	420,951,600	
	4-南區分區	253,600,189	0.87053605	220,768,107	278,409,267	
	5-高屏分區	313,559,327	0.87053605	272,964,698	287,922,902	
	6-東區分區	74,209,796	0.87053605	64,602,303	72,291,662	
	7-合計	11,350,494,502(GF1)		1,816,154,408(AF1)	11,574,307,881(BG1)	4,787,593(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	712,940,932	0.87053605	620,640,783	777,419,232	
	2-北區分區	2,974,913,655(BF1)	0.87053605	----------	2,911,009,483	2,418,577
	3-中區分區	259,130,189	0.87053605	225,582,171	259,424,461	
	4-南區分區	91,208,263	0.87053605	79,400,081	95,193,031	
	5-高屏分區	68,823,496	0.87053605	59,913,334	63,953,003	
	6-東區分區	16,757,911	0.87053605	14,588,366	17,387,317	
	7-合計	4,123,774,446(GF1)		1,000,124,735(AF1)	4,124,386,527(BG1)	2,418,577(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	210,414,266	0.87053605	183,173,204	230,186,776	
	2-北區分區	101,265,758	0.87053605	88,155,493	101,674,558	
	3-中區分區	4,634,747,175(BF1)	0.87053605	----------	4,853,580,969	2,393,747
	4-南區分區	126,799,781	0.87053605	110,383,780	147,738,698	
	5-高屏分區	60,676,622	0.87053605	52,821,187	57,044,768	
	6-東區分區	11,434,156	0.87053605	9,953,845	10,485,948	
	7-合計	5,145,337,758(GF1)		444,487,509(AF1)	5,400,711,717(BG1)	2,393,747(BJ1)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	215,082,603	0.87053605	187,237,160	255,730,209	
	2-北區分區	79,609,041	0.87053605	69,302,540	87,931,972	
	3-中區分區	193,331,289	0.87053605	168,301,857	211,792,661	
	4-南區分區	3,257,351,161(BF1)	0.87053605	----------	3,969,775,533	1,841,311
	5-高屏分區	172,974,375	0.87053605	150,580,429	182,743,291	
	6-東區分區	7,590,757	0.87053605	6,608,028	8,263,653	
	7-合計	3,925,939,226(GF1)		582,030,014(AF1)	4,716,237,319(BG1)	1,841,311(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	120,933,132	0.87053605	105,276,651	130,907,330	
	2-北區分區	44,267,581	0.87053605	38,536,525	43,673,000	
	3-中區分區	76,283,989	0.87053605	66,407,962	75,957,049	
	4-南區分區	206,502,117	0.87053605	179,767,537	222,812,105	
	5-高屏分區	3,782,011,358(BF1)	0.87053605	----------	3,817,624,756	1,442,858
	6-東區分區	14,124,717	0.87053605	12,296,075	14,052,061	
	7-合計	4,244,122,894(GF1)		402,284,750(AF1)	4,305,026,301(BG1)	1,442,858(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	61,188,334	0.87053605	53,266,651	67,010,680	
	2-北區分區	20,707,114	0.87053605	18,026,289	23,593,416	
	3-中區分區	16,110,659	0.87053605	14,024,909	18,490,050	
	4-南區分區	8,638,055	0.87053605	7,519,738	10,258,336	
	5-高屏分區	22,379,014	0.87053605	19,481,738	26,967,276	
	6-東區分區	609,193,016(BF1)	0.87053605	----------	652,204,327	352,206
	7-合計	738,216,192(GF1)		112,319,325(AF1)	798,524,085(BG1)	352,206(BJ1)

2.門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	50,579,312(BF2)	0.91369247	46,213,937	49,633,071
	2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-116
	3-中區分區	12,097,522(BF2)	0.92746203	11,219,992	13,234,166
	4-南區分區	928(BF2)	0.92074388	854	1,552
	5-高屏分區	594,187(BF2)	0.93900103	557,942	333,137
	6-東區分區	3,876,551(BF2)	0.92001436	3,566,483	3,615,970
	7-合計	67,148,500(GF2)		61,559,208(AF2)	66,817,780(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	947,771(BF2)	0.91369247	865,971	943,457
	2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-1,128
	3-中區分區	3,667,513(BF2)	0.92746203	3,401,479	4,266,695
	4-南區分區	237(BF2)	0.92074388	218	486
	5-高屏分區	125,666(BF2)	0.93900103	118,001	60,105
	6-東區分區	1,219,872(BF2)	0.92001436	1,122,300	857,505
	7-合計	5,961,059(GF2)		5,507,969(AF2)	6,127,120(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	513,395(BF2)	0.91369247	469,085	576,186
	2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-10
	3-中區分區	187,166,306(BF2)	0.92746203	173,589,642	210,991,743
	4-南區分區	-720(BF2)	0.92074388	-662	501
	5-高屏分區	131,307(BF2)	0.93900103	123,297	152,387
	6-東區分區	1,027,777(BF2)	0.92001436	945,570	867,392
	7-合計	188,838,065(GF2)		175,126,932(AF2)	212,588,199(BG2)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	406,940(BF2)	0.91369247	371,818	581,731
	2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-13
	3-中區分區	7,878,570(BF2)	0.92746203	7,307,075	8,381,773
	4-南區分區	22,832(BF2)	0.92074388	21,022	36,572
	5-高屏分區	338,889(BF2)	0.93900103	318,217	162,905
	6-東區分區	1,280,281(BF2)	0.92001436	1,177,877	1,042,209
	7-合計	9,927,512(GF2)		9,196,009(AF2)	10,205,177(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	682,534(BF2)	0.91369247	623,626	872,421
	2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-10
	3-中區分區	1,721,820(BF2)	0.92746203	1,596,923	2,458,601
	4-南區分區	652(BF2)	0.92074388	600	921
	5-高屏分區	12,931,887(BF2)	0.93900103	12,143,055	7,036,809
	6-東區分區	801,593(BF2)	0.92001436	737,477	661,489
	7-合計	16,138,486(GF2)		15,101,681(AF2)	11,030,231(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	178,561(BF2)	0.91369247	163,150	153,997
	2-北區分區	0(BF2)	0.93386551	0	-4
	3-中區分區	373,727(BF2)	0.92746203	346,618	522,897
	4-南區分區	18(BF2)	0.92074388	17	60
	5-高屏分區	21,011(BF2)	0.93900103	19,729	23,775
	6-東區分區	13,771,803(BF2)	0.92001436	12,670,257	10,862,920
	7-合計	14,345,120(GF2)		13,199,771(AF2)	11,563,645(BG2)

3.住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,773,405,304(BF3)	0.87053605	----------	4,264,007,893	14,218,969
	2-北區分區	1,050,509,763	0.87053605	914,506,620	521,781,792	
	3-中區分區	430,404,772	0.87053605	374,682,870	206,957,591	
	4-南區分區	277,665,295	0.87053605	241,717,649	126,937,272	
	5-高屏分區	330,986,157	0.87053605	288,135,382	162,823,614	
	6-東區分區	121,097,592	0.87053605	105,419,819	47,018,096	
	7-合計	11,984,068,883(GF3)		1,924,462,340(AF3)	5,329,526,258(BG3)	14,218,969(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	893,044,774	0.87053605	777,427,670	434,407,157	
	2-北區分區	3,494,691,530(BF3)	0.87053605	----------	1,520,514,892	6,330,362
	3-中區分區	331,530,484	0.87053605	288,609,238	156,173,398	
	4-南區分區	97,202,449	0.87053605	84,618,236	46,072,324	
	5-高屏分區	82,670,930	0.87053605	71,968,025	37,895,057	
	6-東區分區	36,845,388	0.87053605	32,075,239	12,347,287	
	7-合計	4,935,985,555(GF3)		1,254,698,408(AF3)	2,207,410,115(BG3)	6,330,362(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	282,070,674	0.87053605	245,552,690	134,795,262	
	2-北區分區	116,317,894	0.87053605	101,258,920	59,782,830	
	3-中區分區	5,725,324,633(BF3)	0.87053605	----------	2,414,287,174	5,404,753
	4-南區分區	160,111,864	0.87053605	139,383,150	73,246,629	
	5-高屏分區	72,366,364	0.87053605	62,997,529	34,454,884	
	6-東區分區	22,953,019	0.87053605	19,981,430	8,093,190	
	7-合計	6,379,144,448(GF3)		569,173,719(AF3)	2,724,659,969(BG3)	5,404,753(BJ3)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區浮動點值	核定浮動點數×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	297,727,317	0.87053605	259,182,363	133,398,457	
	2-北區分區	96,751,053	0.87053605	84,225,280	47,181,027	
	3-中區分區	279,396,193	0.87053605	243,224,458	130,948,632	
	4-南區分區	4,482,726,664(BF3)	0.87053605	----------	1,856,217,831	3,849,108
	5-高屏分區	213,625,276	0.87053605	185,968,504	103,778,401	
	6-東區分區	16,306,652	0.87053605	14,195,528	5,892,811	
	7-合計	5,386,533,155(GF3)		786,796,133(AF3)	2,277,417,159(BG3)	3,849,108(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	154,567,986	0.87053605	134,557,004	75,532,702	
	2-北區分區	53,530,183	0.87053605	46,599,954	23,755,047	
	3-中區分區	86,354,065	0.87053605	75,174,327	42,160,612	
	4-南區分區	289,328,867	0.87053605	251,871,209	126,607,506	
	5-高屏分區	5,201,642,696(BF3)	0.87053605	----------	2,152,679,379	4,620,746
	6-東區分區	26,943,365	0.87053605	23,455,171	10,195,891	
	7-合計	5,812,367,162(GF3)		531,657,665(AF3)	2,430,931,137(BG3)	4,620,746(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	93,373,466	0.87053605	81,284,968	46,514,987	
	2-北區分區	34,623,790	0.87053605	30,141,257	16,658,325	
	3-中區分區	25,390,522	0.87053605	22,103,365	12,511,482	
	4-南區分區	15,443,455	0.87053605	13,444,084	8,661,306	
	5-高屏分區	41,476,021	0.87053605	36,106,371	19,593,440	
	6-東區分區	856,395,264(BF3)	0.87053605	----------	358,480,679	305,239
	7-合計	1,066,702,518(GF3)		183,080,045(AF3)	462,420,219(BG3)	305,239(BJ3)

4.住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	102,640,724(BF4)	0.91369247	93,782,057	23,634,363
	2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
	3-中區分區	9,666,240(BF4)	0.92746203	8,965,071	3,297,940
	4-南區分區	330(BF4)	0.92074388	304	188
	5-高屏分區	1,865,078(BF4)	0.93900103	1,751,310	194,674
	6-東區分區	9,492,041(BF4)	0.92001436	8,732,814	1,480,290
	7-合計	123,664,413(GF4)		113,231,556(AF4)	28,607,455(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	1,989,322(BF4)	0.91369247	1,817,629	490,224
	2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
	3-中區分區	3,123,963(BF4)	0.92746203	2,897,357	1,190,656
	4-南區分區	204(BF4)	0.92074388	188	126
	5-高屏分區	930,385(BF4)	0.93900103	873,632	115,111
	6-東區分區	3,916,128(BF4)	0.92001436	3,602,894	551,293
	7-合計	9,960,002(GF4)		9,191,700(AF4)	2,347,410(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	637,290(BF4)	0.91369247	582,287	194,642
	2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
	3-中區分區	199,205,934(BF4)	0.92746203	184,755,940	68,323,036
	4-南區分區	12(BF4)	0.92074388	11	43
	5-高屏分區	918,639(BF4)	0.93900103	862,603	73,579
	6-東區分區	7,404,349(BF4)	0.92001436	6,812,107	1,012,761
	7-合計	208,166,224(GF4)		193,012,948(AF4)	69,604,061(BG4)

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區平均點值	核定浮動點數×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	1,159,812(BF4)	0.91369247	1,059,711	219,537
	2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
	3-中區分區	6,426,662(BF4)	0.92746203	5,960,485	2,723,505
	4-南區分區	12,920(BF4)	0.92074388	11,896	4,992
	5-高屏分區	2,826,633(BF4)	0.93900103	2,654,211	193,640
	6-東區分區	7,339,372(BF4)	0.92001436	6,752,328	974,280
	7-合計	17,765,399(GF4)		16,438,631(AF4)	4,115,954(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	808,467(BF4)	0.91369247	738,690	221,631
	2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
	3-中區分區	2,995,817(BF4)	0.92746203	2,778,507	781,569
	4-南區分區	270(BF4)	0.92074388	249	135
	5-高屏分區	65,392,364(BF4)	0.93900103	61,403,497	6,211,803
	6-東區分區	6,208,108(BF4)	0.92001436	5,711,549	809,081
	7-合計	75,405,026(GF4)		70,632,492(AF4)	8,024,219(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	466,056(BF4)	0.91369247	425,832	89,203
	2-北區分區	0(BF4)	0.93386551	0	0
	3-中區分區	304,990(BF4)	0.92746203	282,867	124,305
	4-南區分區	44(BF4)	0.92074388	41	27
	5-高屏分區	-129(BF4)	0.93900103	-120	0
	6-東區分區	41,058,589(BF4)	0.92001436	37,774,491	6,893,423
	7-合計	41,829,550(GF4)		38,483,111(AF4)	7,106,958(BG4)

5.非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 ＝
[調整後分區門診一般服務預算總額（BD4）＋ 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
－ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)
－ (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)－藥品價量協議)
－ 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)
－ 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)
－ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
／ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

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

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

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

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

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

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

6.非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 ＝ [調整後門診一般服務預算總額（D4）＋ 調整後住診一般服務預算總額(D3)
－ (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品價量協議)
－ 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
／ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
＝[44,267,480,420＋ 60,299,566,631 －(46,789,696,896 － 263,975,466)－ 47,965,469]／65,871,836,095＝ 0.88039690

註:藥品價量協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

7. 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
＋ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

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

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

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 ＋ 自墊核退點數(BJ)
＋ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
＝[44,267,480,420＋ 60,299,566,631＋ 7,823,581,089]
／[65,871,836,095＋ 46,789,696,896－ 263,975,466＋ 47,965,469＋ 7,823,581,089]
＝ 0.93449294

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
＋ 品質保證保留款預算＋ 網路頻寬補助費用暫結金額
＝ 2,770,572,165＋ 3,277,684,292＋ 1,069,750,590＋ 184,416,904＋ 17,797,190＋ 20,319,895＋ 221,133,400＋ 42,567,400＋ 194,579,852＋ 24,759,401
＝ 7,823,581,089
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＋108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107/12(含)以前:於108/04/01～108/06/30期間核付者。
費用年月108/01～108/03:於108/01/01～108/06/30期間核付者。
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。