

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 105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

$$= 105\text{年調整前各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} - 105\text{年第1}\sim 3\text{季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額}$$

$$= 386,424,585,818 - 92,401,761,947 - 98,051,069,130 - 97,297,773,042$$

$$= 98,673,981,699 \text{ (D)}$$

註：

- 105年3月2日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」105年第1次會議決定，105年醫院總額一般服務部門預算重分配：自99年起開始實施各季預算重新分配，即各季預算考量各年各季假日、非假日數調整日產能後之新占率計算，各季新占率：第1季23.911978%、第2季25.373921%、第3季25.178981%、第4季25.535120%。醫院總額一般服務部門各分區預算，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。
- 105年度全年醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算(不含105年品質保證保留款)為386,424,585,818元
 - (1)105年第1季調整後預算 $92,401,761,947 = 386,424,585,818 \times 23.911978\%$ 。
 - (2)105年第2季調整後預算 $98,051,069,130 = 386,424,585,818 \times 25.373921\%$ 。
 - (3)105年第3季調整後預算 $97,297,773,042 = 386,424,585,818 \times 25.178981\%$ 。
 - (4)105年第4季調整後預算 $= 105\text{年全年預算數} - 105\text{年第1季預算} - 105\text{年第2季預算} - 105\text{年第3季預算} = 98,673,981,699$ 。
- 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季調整後預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1508R04

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：106/05/10

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：2

(二) 105年調整前各季醫院非門診透折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	103年調整前	102年各季	扣減103年	104年	103年各季	105年	105年品質	105年調整前各季
	各季一般服務醫療給付費用總額	校正投保人口數成長率差值	新增診療項目未導入預算	調整前各季一般服務醫療給付費用總額	校正投保人口數成長率差值	調整前各季一般服務醫療給付費用總額	保證保留款(說明3)	一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計
	(A1)	(B1)	(B3)	(G0)	(B2)	(G)	(F1)	(G1)
				= (A1+B1-B3) × (1+4.343%)		= (G0+B2) × (1+5.022%)		= (G) - (F1)
第1季	84,097,520,164	149,393,829	70,250,000	87,832,456,510	217,087,227	92,471,391,823	172,226,208	92,299,165,615
第2季	90,169,724,228	172,224,357	70,250,000	94,192,198,455	338,974,798	99,278,528,774	184,802,872	99,093,725,902
第3季	88,191,292,982	192,850,657	70,250,000	92,149,366,040	349,577,677	97,144,240,670	180,812,838	96,963,427,832
第4季	89,107,423,904	252,444,267	70,250,000	93,167,466,288	385,416,889	98,251,108,970	182,842,501	98,068,266,469
合計	351,565,961,278	766,913,110	281,000,000	367,341,487,293	1,291,056,591	387,145,270,237	720,684,419	386,424,585,818

說明：

1. 104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0) = 【103年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1) + 102年各季校正投保人口數成長率差值(B1) - 扣減103年新增修療項目未導入預算2.81億元項目(B3)】 × (1 + 4.343%)。

2. 105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G) = (104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1 + 5.022%)。

※一般服務成長率為5.022%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.395%，協商因素成長率0.627%。

3. 105年品質保證保留款(F1) = 104年編列之品質保證保留款預算 + 105年品質保證保留款預算 = (【103年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1) + 102年各季校正投保人口數成長率差值(B1) - 扣減103年新增修療項目未導入預算2.81億元項目(B3)】 × 104年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%) + (【104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)】 × 105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%))。

※依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105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105年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會104年第4次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

=====

(三) 105年第4季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 104年各季醫院門診透析服務預算 \times (1 + 3.273\%) \\ &= 4,940,150,902 \times (1 + 3.273\%) \\ &= 5,101,842,041 \end{aligned}$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算1,114百萬元。

$$= 1,114,000,000 / 4$$

$$= 278,500,000 (C1)$$

※105年第4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1,114百萬元，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、專款項目費用

(一) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 8,952.5百萬元

1. 罕見疾病、血友病藥費 全年預算 = 8,940百萬元

(1) 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	889,046,924	住診第1季已支用點數：	139,611,334	門住診合計第1季已支用點數：	1,028,658,258
第2季已支用點數：	956,049,318	第2季已支用點數：	148,238,218	第2季已支用點數：	1,104,287,536
第3季已支用點數：	1,066,902,869	第3季已支用點數：	141,383,879	第3季已支用點數：	1,208,286,748
第4季已支用點數：	1,102,575,699	第4季已支用點數：	141,553,381	第4季已支用點數：	1,244,129,080
全年已支用點數：	4,014,574,810	全年已支用點數：	570,786,812	全年已支用點數：	4,585,361,622

(2) 血友病藥費

門診第1季已支用點數：	767,583,333	住診第1季已支用點數：	104,044,702	門住診合計第1季已支用點數：	871,628,035
第2季已支用點數：	768,901,724	第2季已支用點數：	70,599,455	第2季已支用點數：	839,501,179
第3季已支用點數：	794,460,244	第3季已支用點數：	80,040,112	第3季已支用點數：	874,500,356
第4季已支用點數：	825,989,154	第4季已支用點數：	64,369,985	第4季已支用點數：	890,359,139
全年已支用點數：	3,156,934,455	全年已支用點數：	319,054,254	全年已支用點數：	3,475,988,709

(3) 小計

門診第1季已支用點數：	1,656,630,257	住診第1季已支用點數：	243,656,036	門住診合計第1季已支用點數：	1,900,286,293
第2季已支用點數：	1,724,951,042	第2季已支用點數：	218,837,673	第2季已支用點數：	1,943,788,715
第3季已支用點數：	1,861,363,113	第3季已支用點數：	221,423,991	第3季已支用點數：	2,082,787,104
第4季已支用點數：	1,928,564,853	第4季已支用點數：	205,923,366	第4季已支用點數：	2,134,488,219
全年已支用點數：	7,171,509,265	全年已支用點數：	889,841,066	全年已支用點數：	8,061,350,331

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 8,061,350,331

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 878,649,669

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1508R04

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：106/05/10

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：5

2. 罕見疾病特材 全年預算 = 12.5百萬元

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：	140,000	第2季已支用點數：	140,000
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	700,000	第3季已支用點數：	700,000
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：	1,540,000	全年已支用點數：	1,540,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,540,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 10,960,000 \end{aligned}$$

※依據105年5月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」105年第2次會議報告：罕病特材最高以每點1元支付，若預算不足時，改以浮動點值支付。

3. 合計

門診第1季已支用點數：	1,656,630,257	住診第1季已支用點數：	243,656,036	門住診合計第1季已支用點數：	1,900,286,293
第2季已支用點數：	1,724,951,042	第2季已支用點數：	218,977,673	第2季已支用點數：	1,943,928,715
第3季已支用點數：	1,861,363,113	第3季已支用點數：	222,123,991	第3季已支用點數：	2,083,487,104
第4季已支用點數：	1,928,564,853	第4季已支用點數：	206,623,366	第4季已支用點數：	2,135,188,219
全年已支用點數：	7,171,509,265	全年已支用點數：	891,381,066	全年已支用點數：	8,062,890,331

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 8,062,890,331 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 889,609,669 \end{aligned}$$

(二) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 4,162百萬元

門診第1季已支用點數：	524,588,171	住診第1季已支用點數：	389,784,610	門住診合計第1季已支用點數：	914,372,781
第2季已支用點數：	511,806,590	第2季已支用點數：	415,066,604	第2季已支用點數：	926,873,194
第3季已支用點數：	539,140,766	第3季已支用點數：	474,245,789	第3季已支用點數：	1,013,386,555
第4季已支用點數：	546,219,846	第4季已支用點數：	500,073,655	第4季已支用點數：	1,046,293,501
全年已支用點數：	2,121,755,373	全年已支用點數：	1,779,170,658	全年已支用點數：	3,900,926,031

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,900,926,031 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 261,073,969 \end{aligned}$$

(三) 醫療給付改善方案 全年預算 = 876.3百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	3,383,448	門住診合計第1季已支用點數：	3,383,448
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	57,944,412	第2季已支用點數：	57,944,412
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	14,871,671	第3季已支用點數：	14,871,671
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	14,418,152	第4季已支用點數：	14,418,152
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	90,617,683	全年已支用點數：	90,617,683

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 90,617,683

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	6,877,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,877,800
第2季已支用點數：	7,098,600	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,098,600
第3季已支用點數：	7,081,400	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	7,081,400
第4季已支用點數：	8,089,575	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	8,089,575
全年已支用點數：	29,147,375	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	29,147,375

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 29,147,375

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	97,954,650	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	97,954,650
第2季已支用點數：	100,680,012	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	100,680,012
第3季已支用點數：	104,191,100	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	104,191,100
第4季已支用點數：	169,601,835	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	169,601,835
全年已支用點數：	472,427,597	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	472,427,597

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 472,427,597

註：糖尿病醫療給付改善方案品質獎勵金結算傳票日期至106年4月28日止。

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,657,239	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,657,239
第2季已支用點數：	6,214,314	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,214,314
第3季已支用點數：	6,412,894	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,412,894
第4季已支用點數：	32,087,978	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	32,087,978
全年已支用點數：	50,372,425	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	50,372,425

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 50,372,425

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：106/05/10

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：7

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：	5,371,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,371,800
第2季已支用點數：	5,497,127	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,497,127
第3季已支用點數：	5,658,200	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	5,658,200
第4季已支用點數：	9,721,300	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	9,721,300
全年已支用點數：	26,248,427	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	26,248,427

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 26,248,427

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：	14,387,220	門住診合計第1季已支用點數：	14,387,220
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	14,256,300	第2季已支用點數：	14,256,300
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	20,398,200	第3季已支用點數：	20,398,200
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	15,894,900	第4季已支用點數：	15,894,900
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	64,936,620	全年已支用點數：	64,936,620

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,409,800

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	117,000
第2季已支用點數：	191,000
第3季已支用點數：	238,000
第4季已支用點數：	863,800
全年已支用點數：	1,409,800

註：早期療育門診醫療給付改善方案品質獎勵金結算傳票日期至106年4月28日止。

8. 合計

門診第1季已支用點數：	115,978,489	住診第1季已支用點數：	17,770,668	門住診合計第1季已支用點數：	133,749,157
第2季已支用點數：	119,681,053	第2季已支用點數：	72,200,712	第2季已支用點數：	191,881,765
第3季已支用點數：	123,581,594	第3季已支用點數：	35,269,871	第3季已支用點數：	158,851,465
第4季已支用點數：	220,364,488	第4季已支用點數：	30,313,052	第4季已支用點數：	250,677,540
全年已支用點數：	579,605,624	全年已支用點數：	155,554,303	全年已支用點數：	735,159,927

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 735,159,927

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 141,140,073

(四)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 60百萬元(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= 60,000,000/4= 15,000,000

(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 4,427,379(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 4,270,063(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 6,293,600(J3)

(4)合計: 已支用點數 14,991,042(J9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 14,991,042 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 8,958

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 8,958= 15,008,958

(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 4,781,809(K1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2: 已支用點數 5,249,944(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 8,117,900(K3)

(4)合計: 已支用點數 18,149,653(K9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 18,149,653 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= -3,140,695

$$\begin{aligned} \text{第2季暫結點值} &= \frac{[\text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數K1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數K2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3]} \\ &= \frac{[\text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (K1)]}{[K2 + K3]} = 0.76505598 \end{aligned}$$

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 0= 15,000,000

(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 4,566,137(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 4,821,731(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 7,496,600(L3)

(4)合計: 已支用點數 16,884,468(L9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 16,884,468 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= -1,884,468

$$\begin{aligned} \text{第3季暫結點值} &= \frac{[\text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數L1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數L2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3]} \\ &= \frac{[\text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (L1)]}{[L2 + L3]} = 0.84701921 \end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned}
 & \text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000/4 + 0 = 15,000,000 \\
 & (1) \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_{\text{非浮動點數M1}}: \quad \text{已支用點數} \quad 5,151,589(\text{M1}) \\
 & (2) \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_{\text{浮動點數M2}}: \quad \text{已支用點數} \quad 5,374,366(\text{M2}) \\
 & (3) \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3}: \quad \text{已支用點數} \quad 7,338,000(\text{M3}) \\
 & (4) \text{合計}: \quad \text{已支用點數} \quad 17,863,955(\text{M9}) \\
 & \text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 17,863,955 \quad \text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = -2,863,955 \\
 & \text{第4季暫結點值} = \frac{[\text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_{\text{非浮動點數M1}})]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_{\text{浮動點數M2}} + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3}]} \\
 & \quad \quad \quad \frac{[\text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{M1})]}{[\text{M2} + \text{M3}]} = 0.77471110
 \end{aligned}$$

合計:

$$\begin{aligned}
 & (1) \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_{\text{非浮動點數N1}}: \quad \text{已支用點數} \quad 18,926,914(\text{N1}) \\
 & (2) \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_{\text{浮動點數N2}}: \quad \text{已支用點數} \quad 19,716,104(\text{N2}) \\
 & (3) \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3}: \quad \text{已支用點數} \quad 29,246,100(\text{N3}) \\
 & (4) \text{合計}: \quad \text{已支用點數} \quad 67,889,118(\text{N9}) \\
 & \text{預算不足} = \text{全年預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = -7,889,118 \text{ (預算不足, 由西醫基層總額同項專款移撥支應)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{全年點值} = \frac{[\text{全年預算} + \text{西醫基層總額同項專款移撥} \quad 7,889,118\text{元} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_{\text{非浮動點數N1}})]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_{\text{浮動點數N2}} + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3}]} \\
 & \quad \quad \quad \frac{[\text{全年預算} + \text{西醫基層總額同項專款移撥} \quad 7,889,118\text{元} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{N1})]}{[\text{N2} + \text{N3}]} = 1.0000000
 \end{aligned}$$

註：依據「105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，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。

(五)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：	2,794,000	住診第1季已支用點數：	1,777,000	門住診合計第1季已支用點數：	4,571,000
第2季已支用點數：	2,570,000	第2季已支用點數：	1,738,000	第2季已支用點數：	4,308,000
第3季已支用點數：	2,514,000	第3季已支用點數：	1,810,000	第3季已支用點數：	4,324,000
第4季已支用點數：	2,448,000	第4季已支用點數：	2,038,000	第4季已支用點數：	4,486,000
全年已支用點數：	10,326,000	全年已支用點數：	7,363,000	全年已支用點數：	17,689,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 17,689,000

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	6,813,000	住診第1季已支用點數：	793,759	門住診合計第1季已支用點數：	7,606,759
第2季已支用點數：	7,527,290	第2季已支用點數：	1,800,773	第2季已支用點數：	9,328,063
第3季已支用點數：	6,875,500	第3季已支用點數：	1,813,069	第3季已支用點數：	8,688,569
第4季已支用點數：	6,807,000	第4季已支用點數：	1,433,945	第4季已支用點數：	8,240,945
全年已支用點數：	28,022,790	全年已支用點數：	5,841,546	全年已支用點數：	33,864,336

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 33,864,336

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：	40,293,875	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	40,293,875
全年已支用點數：	40,293,875	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	40,293,875

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 40,293,875

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：	4,928,000	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	4,928,000
全年已支用點數：	4,928,000	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	4,928,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,928,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI11508R04

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次： 11

5. 合計:

門診第1季已支用點數：	9,607,000	住診第1季已支用點數：	2,570,759	門住診合計第1季已支用點數：	12,177,759
第2季已支用點數：	10,097,290	第2季已支用點數：	3,538,773	第2季已支用點數：	13,636,063
第3季已支用點數：	9,389,500	第3季已支用點數：	3,623,069	第3季已支用點數：	13,012,569
第4季已支用點數：	54,476,875	第4季已支用點數：	3,471,945	第4季已支用點數：	57,948,820
全年已支用點數：	83,570,665	全年已支用點數：	13,204,546	全年已支用點數：	96,775,211

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 96,775,211 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 63,224,789 \end{aligned}$$

(六) 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=800百萬元

第1季已支用點數：155,979,339

第2季已支用點數：160,790,229

第3季已支用點數：165,608,996

第4季已支用點數：188,472,153

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：3,977,234

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 674,827,951 \\ \text{未支用金額} &= 125,172,049 \end{aligned}$$

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) 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)。

(2) 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。

(3) 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，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

三、105年醫院門住診一般服務費用總額(不含門診透析)

(一)一般門住診服務費用總額

項目	105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	105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
季別	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
第1季	92,299,165,615	4,816,193,319	0	53,413,447,414	38,885,718,201
第2季	99,093,725,902	5,164,217,484	0	57,341,868,862	41,751,857,040
第3季	96,963,427,832	5,042,998,647	0	56,103,534,563	40,859,893,269
第4季	98,068,266,469	5,101,842,041	0	56,743,559,681	41,324,706,788
合計	386,424,585,818	20,125,251,491	0	223,602,410,520	162,822,175,298

1. 105年各季門診透析服務預算(B)=104年各季門診透析服務×(1+3.273%)。

105年第1季門診透析服務預算(B)= 4,663,555,159×(1+3.273%)= 4,816,193,319。

105年第2季門診透析服務預算(B)= 5,000,549,499×(1+3.273%)= 5,164,217,484。

105年第3季門診透析服務預算(B)= 4,883,172,414×(1+3.273%)= 5,042,998,647。

105年第4季門診透析服務預算(B)= 4,940,150,902×(1+3.273%)= 5,101,842,041。

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1,114百萬元，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	105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	105年門診 門診透析服務	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
季別	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
第1季	92,401,761,947	4,816,193,319	0	53,469,875,396	38,931,886,551
第2季	98,051,069,130	5,164,217,484	0	56,768,407,638	41,282,661,492
第3季	97,297,773,042	5,042,998,647	0	56,287,424,429	41,010,348,613
第4季	98,673,981,699	5,101,842,041	0	57,076,703,057	41,597,278,642
合計	386,424,585,818	20,125,251,491	0	223,602,410,520	162,822,175,298

1. 105年各季門診透析服務預算(B)=104年各季門診透析服務×(1+3.273%)。

105年第1季門診透析服務預算(B)= 4,663,555,159×(1+3.273%)= 4,816,193,319。

105年第2季門診透析服務預算(B)= 5,000,549,499×(1+3.273%)= 5,164,217,484。

105年第3季門診透析服務預算(B)= 4,883,172,414×(1+3.273%)= 5,042,998,647。

105年第4季門診透析服務預算(B)= 4,940,150,902×(1+3.273%)= 5,101,842,041。

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1,114百萬元，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	0.36827	0.36634	0.36920	0.37219
	北區分區	0.14284	0.14317	0.14425	0.14381
	中區分區	0.17480	0.17509	0.17512	0.17460
	南區分區	0.14253	0.14284	0.14057	0.13970
	高屏分區	0.14631	0.14732	0.14579	0.14467
	東區分區	0.02525	0.02524	0.02507	0.02503
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	0.34037	0.34082	0.34127	0.34264
	北區分區	0.15240	0.15248	0.15289	0.15263
	中區分區	0.18182	0.18176	0.18188	0.18160
	南區分區	0.14482	0.14443	0.14375	0.14362
	高屏分區	0.15510	0.15505	0.15481	0.15425
	東區分區	0.02549	0.02546	0.02540	0.02526
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

(四)調整前分區門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)× 46%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+
(D2)× 54%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)(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)× 41%× 人口風險因子校正比例(R)+
(D1)× 59%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)

1. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=(D2)× 46%× (R)+ (D2)× 54%× (S)

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	14,487,799,796	15,523,540,856	15,207,929,695	15,432,414,212	60,651,684,559
北區分區	5,193,265,437	5,579,901,883	5,485,628,627	5,563,545,275	21,822,341,222
中區分區	6,875,127,189	7,430,051,924	7,281,371,904	7,319,283,297	28,905,834,314
南區分區	5,553,300,525	5,947,151,218	5,776,992,354	5,841,346,484	23,118,790,581
高屏分區	5,822,918,541	6,237,911,150	6,098,175,631	6,138,223,177	24,297,228,499
東區分區	953,306,713	1,033,300,009	1,009,795,058	1,029,894,343	4,026,296,123
小 計	38,885,718,201	41,751,857,040	40,859,893,269	41,324,706,788	162,822,175,298

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 41%× (R)+ (D1)× 59%× (S)

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	18,274,561,759	19,723,917,038	19,188,160,608	19,392,395,239	76,579,034,644
北區分區	7,250,571,030	7,827,325,657	7,609,462,652	7,723,700,695	30,411,060,034
中區分區	9,733,377,623	10,429,901,059	10,214,372,203	10,360,874,654	40,738,525,539
南區分區	8,020,851,696	8,568,778,958	8,411,451,457	8,429,057,188	33,430,139,299
高屏分區	8,453,025,241	8,979,157,511	8,906,503,436	9,044,963,134	35,383,649,322
東區分區	1,681,060,065	1,812,788,639	1,773,584,207	1,792,568,771	7,060,001,682
小 計	53,413,447,414	57,341,868,862	56,103,534,563	56,743,559,681	223,602,410,520

(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) × 46% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + (D4) × 54% × 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S) (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) × 41% × 人口風險因子校正比例(R) + (D3) × 59% × 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S) (加總後四捨五入至整數位)

1. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) = (D4) × 46% × (R) + (D4) × 54% × (S)

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	14,505,000,913	15,349,091,700	15,263,928,723	15,533,663,223	60,651,684,559
北區分區	5,199,431,313	5,517,196,526	5,505,827,949	5,599,885,434	21,822,341,222
中區分區	6,883,289,911	7,346,555,104	7,308,183,558	7,367,805,741	28,905,834,314
南區分區	5,559,893,864	5,880,318,816	5,798,264,543	5,880,313,358	23,118,790,581
高屏分區	5,829,831,992	6,167,811,271	6,120,630,489	6,178,954,747	24,297,228,499
東區分區	954,438,558	1,021,688,075	1,013,513,351	1,036,656,139	4,026,296,123
小計	38,931,886,551	41,282,661,492	41,010,348,613	41,597,278,642	162,822,175,298

2. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) = (D3) × 41% × (R) + (D3) × 59% × (S)

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	18,293,867,696	19,526,663,236	19,251,053,406	19,507,450,306	76,579,034,644
北區分區	7,258,230,807	7,749,046,594	7,634,404,094	7,769,378,539	30,411,060,034
中區分區	9,743,660,331	10,325,594,312	10,247,851,725	10,421,419,171	40,738,525,539
南區分區	8,029,325,227	8,483,084,812	8,439,021,569	8,478,707,691	33,430,139,299
高屏分區	8,461,955,336	8,889,359,275	8,935,696,173	9,096,638,538	35,383,649,322
東區分區	1,682,835,999	1,794,659,409	1,779,397,462	1,803,108,812	7,060,001,682
小計	53,469,875,396	56,768,407,638	56,287,424,429	57,076,703,057	223,602,410,520

說明：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：RGI1508R04

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：106/05/10

105年第4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次：17

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	8,992,629,953(BF1)	0.87641427	-----	8,907,288,854	8,609,382
	2-北區分區	991,830,692	0.87641427	869,254,572	933,298,681	
	3-中區分區	383,939,289	0.87641427	336,489,872	370,636,250	
	4-南區分區	228,988,006	0.87641427	200,688,356	246,057,391	
	5-高屏分區	284,718,758	0.87641427	249,531,582	244,480,841	
	6-東區分區	70,734,875	0.87641427	61,993,054	68,774,861	
	7-合計	10,952,841,573(GF1)		1,717,957,436(AF1)	10,770,536,878(BG1)	8,609,382(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	706,434,021	0.87641427	619,128,857	709,491,554	
	2-北區分區	2,842,229,253(BF1)	0.87641427	-----	2,563,324,086	3,982,289
	3-中區分區	238,739,637	0.87641427	209,234,825	232,052,288	
	4-南區分區	82,889,000	0.87641427	72,645,102	76,131,414	
	5-高屏分區	60,721,250	0.87641427	53,216,970	53,954,188	
	6-東區分區	15,984,786	0.87641427	14,009,295	16,040,928	
	7-合計	3,946,997,947(GF1)		968,235,049(AF1)	3,650,994,458(BG1)	3,982,289(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	217,526,435	0.87641427	190,643,272	219,350,595	
	2-北區分區	95,772,050	0.87641427	83,935,991	92,839,330	
	3-中區分區	4,284,068,424(BF1)	0.87641427	-----	4,355,776,973	3,710,902
	4-南區分區	120,056,337	0.87641427	105,219,087	136,734,510	
	5-高屏分區	59,243,938	0.87641427	51,922,233	50,930,709	
	6-東區分區	11,261,385	0.87641427	9,869,639	10,648,927	
	7-合計	4,787,928,569(GF1)		441,590,222(AF1)	4,866,281,044(BG1)	3,710,902(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1508R04

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次： 18

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	220,112,719	0.87641427	192,909,928	246,029,497	
	2-北區分區	83,786,638	0.87641427	73,431,805	83,614,921	
	3-中區分區	185,554,335	0.87641427	162,622,467	195,171,517	
	4-南區分區	3,032,609,637(BF1)	0.87641427	-----	3,645,001,548	3,363,812
	5-高屏分區	164,573,142	0.87641427	144,234,250	167,062,086	
	6-東區分區	8,077,087	0.87641427	7,078,874	8,176,765	
	7-合計	3,694,713,558(GF1)		580,277,324(AF1)	4,345,056,334(BG1)	3,363,812(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	126,866,043	0.87641427	111,187,210	125,006,130	
	2-北區分區	43,579,702	0.87641427	38,193,873	37,162,705	
	3-中區分區	68,557,182	0.87641427	60,084,493	66,107,367	
	4-南區分區	198,625,474	0.87641427	174,078,200	204,104,220	
	5-高屏分區	3,599,557,439(BF1)	0.87641427	-----	3,463,911,201	4,243,162
	6-東區分區	13,159,299	0.87641427	11,532,997	12,560,933	
	7-合計	4,050,345,139(GF1)		395,076,773(AF1)	3,908,852,556(BG1)	4,243,162(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	64,940,226	0.87641427	56,914,541	62,634,642	
	2-北區分區	22,835,719	0.87641427	20,013,550	21,570,194	
	3-中區分區	15,511,265	0.87641427	13,594,294	15,484,524	
	4-南區分區	7,895,167	0.87641427	6,919,437	8,267,013	
	5-高屏分區	24,432,425	0.87641427	21,412,926	21,896,129	
	6-東區分區	594,469,360(BF1)	0.87641427	-----	616,269,193	397,214
	7-合計	730,084,162(GF1)		118,854,748(AF1)	746,121,695(BG1)	397,214(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	47,858,794(BF2)	0.90978193	43,541,066	44,538,012
	2-北區分區	0(BF2)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	11,046,104(BF2)	0.93512122	10,329,446	9,729,034
	4-南區分區	0(BF2)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	1,226,706(BF2)	0.95258451	1,168,541	669,238
	6-東區分區	0(BF2)	0.94445607	0	0
	7-合計	60,131,604(GF2)		55,039,053(AF2)	54,936,284(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	993,812(BF2)	0.90978193	904,152	960,525
	2-北區分區	0(BF2)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	3,751,667(BF2)	0.93512122	3,508,263	3,506,515
	4-南區分區	0(BF2)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	330,790(BF2)	0.95258451	315,105	218,582
	6-東區分區	0(BF2)	0.94445607	0	0
	7-合計	5,076,269(GF2)		4,727,520(AF2)	4,685,622(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	486,995(BF2)	0.90978193	443,059	636,737
	2-北區分區	0(BF2)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	187,089,915(BF2)	0.93512122	174,951,750	182,550,583
	4-南區分區	0(BF2)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	418,410(BF2)	0.95258451	398,571	300,326
	6-東區分區	0(BF2)	0.94445607	0	0
	7-合計	187,995,320(GF2)		175,793,380(AF2)	183,487,646(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次： 20

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	271,323(BF2)	0.90978193	246,845	508,186
	2-北區分區	0(BF2)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	7,203,008(BF2)	0.93512122	6,735,686	7,327,919
	4-南區分區	0(BF2)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	461,138(BF2)	0.95258451	439,273	341,421
	6-東區分區	0(BF2)	0.94445607	0	0
	7-合計	7,935,469(GF2)		7,421,804(AF2)	8,177,526(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	561,629(BF2)	0.90978193	510,960	944,955
	2-北區分區	0(BF2)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	1,830,554(BF2)	0.93512122	1,711,790	2,201,632
	4-南區分區	0(BF2)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	22,257,253(BF2)	0.95258451	21,201,914	13,691,622
	6-東區分區	0(BF2)	0.94445607	0	0
	7-合計	24,649,436(GF2)		23,424,664(AF2)	16,838,209(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	158,370(BF2)	0.90978193	144,082	152,824
	2-北區分區	0(BF2)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	374,052(BF2)	0.93512122	349,784	277,918
	4-南區分區	0(BF2)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	71,373(BF2)	0.95258451	67,989	54,479
	6-東區分區	0(BF2)	0.94445607	0	0
	7-合計	603,795(GF2)		561,855(AF2)	485,221(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次： 21

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	9,581,935,395(BF3)	0.87641427	-----	4,258,394,292	21,710,064
	2-北區分區	1,058,110,674	0.87641427	927,343,294	511,051,560	
	3-中區分區	387,046,183	0.87641427	339,212,798	184,964,942	
	4-南區分區	280,375,521	0.87641427	245,725,108	120,696,054	
	5-高屏分區	309,954,758	0.87641427	271,648,773	139,657,691	
	6-東區分區	117,691,058	0.87641427	103,146,123	42,119,865	
	7-合計	11,735,113,589(GF3)		1,887,076,096(AF3)	5,256,884,404(BG3)	21,710,064(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	873,671,099	0.87641427	765,697,818	426,692,680	
	2-北區分區	3,327,005,006(BF3)	0.87641427	-----	1,385,622,148	6,945,982
	3-中區分區	325,222,803	0.87641427	285,029,905	152,330,751	
	4-南區分區	93,547,778	0.87641427	81,986,608	42,592,716	
	5-高屏分區	74,126,045	0.87641427	64,965,124	32,215,723	
	6-東區分區	31,289,395	0.87641427	27,422,472	10,367,781	
	7-合計	4,724,862,126(GF3)		1,225,101,927(AF3)	2,049,821,799(BG3)	6,945,982(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	295,833,167	0.87641427	259,272,409	142,449,549	
	2-北區分區	124,539,429	0.87641427	109,148,133	60,145,297	
	3-中區分區	5,285,501,485(BF3)	0.87641427	-----	2,296,588,675	5,828,541
	4-南區分區	158,266,510	0.87641427	138,707,028	70,153,031	
	5-高屏分區	76,996,294	0.87641427	67,480,651	34,820,782	
	6-東區分區	26,170,722	0.87641427	22,936,394	7,850,414	
	7-合計	5,967,307,607(GF3)		597,544,615(AF3)	2,612,007,748(BG3)	5,828,541(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 22

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	318,072,297	0.87641427	278,763,100	142,831,772	
	2-北區分區	107,403,789	0.87641427	94,130,213	51,821,282	
	3-中區分區	264,187,317	0.87641427	231,537,535	119,668,055	
	4-南區分區	4,379,182,968(BF3)	0.87641427	-----	1,786,100,606	5,008,644
	5-高屏分區	230,106,324	0.87641427	201,668,466	104,891,513	
	6-東區分區	21,306,496	0.87641427	18,673,317	5,767,290	
	7-合計	5,320,259,191(GF3)		824,772,631(AF3)	2,211,080,518(BG3)	5,008,644(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	167,455,903	0.87641427	146,760,743	79,655,239	
	2-北區分區	54,815,569	0.87641427	48,041,147	22,886,123	
	3-中區分區	83,103,814	0.87641427	72,833,368	41,032,403	
	4-南區分區	287,296,300	0.87641427	251,790,577	123,526,647	
	5-高屏分區	5,091,551,705(BF3)	0.87641427	-----	2,108,693,322	11,123,166
	6-東區分區	31,701,159	0.87641427	27,783,348	11,083,903	
	7-合計	5,715,924,450(GF3)		547,209,183(AF3)	2,386,877,637(BG3)	11,123,166(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	108,201,584	0.87641427	94,829,412	48,259,122	
	2-北區分區	42,017,724	0.87641427	36,824,933	18,406,198	
	3-中區分區	27,960,924	0.87641427	24,505,353	12,107,319	
	4-南區分區	13,856,993	0.87641427	12,144,466	6,229,379	
	5-高屏分區	41,467,071	0.87641427	36,342,333	20,481,836	
	6-東區分區	869,482,081(BF3)	0.87641427	-----	365,198,041	807,280
	7-合計	1,102,986,377(GF3)		204,646,497(AF3)	470,681,895(BG3)	807,280(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	103,889,402(BF4)	0.90978193	94,516,701	25,550,017
	2-北區分區	0(BF4)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	11,126,563(BF4)	0.93512122	10,404,685	4,046,142
	4-南區分區	0(BF4)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	1,916,514(BF4)	0.95258451	1,825,642	225,215
	6-東區分區	0(BF4)	0.94445607	0	0
	7-合計	116,932,479(GF4)			106,747,028(AF4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,105,932(BF4)	0.90978193	2,825,721	573,387
	2-北區分區	0(BF4)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	2,930,518(BF4)	0.93512122	2,740,390	1,234,249
	4-南區分區	0(BF4)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	1,117,857(BF4)	0.95258451	1,064,853	92,065
	6-東區分區	0(BF4)	0.94445607	0	0
	7-合計	7,154,307(GF4)			6,630,964(AF4)
3-中區分區	1-臺北分區	645,103(BF4)	0.90978193	586,903	190,447
	2-北區分區	0(BF4)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	194,502,525(BF4)	0.93512122	181,883,438	72,156,804
	4-南區分區	0(BF4)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	585,493(BF4)	0.95258451	557,732	51,731
	6-東區分區	0(BF4)	0.94445607	0	0
	7-合計	195,733,121(GF4)			183,028,073(AF4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：106/05/10

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次： 24

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	609,061(BF4)	0.90978193	554,113	224,789
	2-北區分區	0(BF4)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	8,724,708(BF4)	0.93512122	8,158,660	2,949,900
	4-南區分區	0(BF4)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	2,364,169(BF4)	0.95258451	2,252,071	249,630
	6-東區分區	0(BF4)	0.94445607	0	0
	7-合計	11,697,938(GF4)		10,964,844(AF4)	3,424,319(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,228,028(BF4)	0.90978193	1,117,238	434,557
	2-北區分區	0(BF4)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	3,323,466(BF4)	0.93512122	3,107,844	1,196,008
	4-南區分區	0(BF4)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	74,202,993(BF4)	0.95258451	70,684,622	8,805,805
	6-東區分區	0(BF4)	0.94445607	0	0
	7-合計	78,754,487(GF4)		74,909,704(AF4)	10,436,370(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	357,888(BF4)	0.90978193	325,600	99,108
	2-北區分區	0(BF4)	0.93215769	0	0
	3-中區分區	923,718(BF4)	0.93512122	863,788	513,279
	4-南區分區	0(BF4)	0.92264318	0	0
	5-高屏分區	300,152(BF4)	0.95258451	285,920	40,135
	6-東區分區	0(BF4)	0.94445607	0	0
	7-合計	1,581,758(GF4)		1,475,308(AF4)	652,522(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)

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 就醫分區前季平均點值)(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)

$$\text{臺北分區} = [15,533,663,223 + 19,507,450,306 - 3,605,033,532 - 16,027,421,282 \\ - 161,786,081 - 84,757,658 - 30,319,446] / 18,574,565,348 = 0.81465139$$

$$\text{北區分區} = [5,599,885,434 + 7,769,378,539 - 2,193,336,976 - 5,700,816,257 \\ - 11,358,484 - 6,585,323 - 10,928,271] / 6,169,234,259 = 0.88280627$$

$$\text{中區分區} = [7,367,805,741 + 10,421,419,171 - 1,039,134,837 - 7,478,288,792 \\ - 358,821,453 - 255,886,628 - 9,539,443] / 9,569,569,909 = 0.90365124$$

$$\text{南區分區} = [5,880,313,358 + 8,478,707,691 - 1,405,049,955 - 6,556,136,852 \\ - 18,386,648 - 11,601,845 - 8,372,456] / 7,411,792,605 = 0.85802094$$

$$\text{高屏分區} = [6,178,954,747 + 9,096,638,538 - 942,285,956 - 6,295,730,193 \\ - 98,334,368 - 27,274,579 - 15,366,328] / 8,691,109,144 = 0.90858390$$

$$\text{東區分區} = [1,036,656,139 + 1,803,108,812 - 323,501,245 - 1,216,803,590 \\ - 2,037,163 - 1,137,743 - 1,204,494] / 1,463,951,441 = 0.88464732$$

6. 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)

- 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)

$$= [41,597,278,642 + 57,076,703,057 - 43,662,440,742 - 75,730,438] / 63,427,610,271 = 0.86611825$$

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

臺北分區	= [15,533,663,223 + 19,507,450,306] / [22,865,019,245 + 16,112,178,940 + 30,319,446] = 0.89831693
北區分區	= [5,599,885,434 + 7,769,378,539] / [8,684,090,649 + 5,707,401,580 + 10,928,271] = 0.92826508
中區分區	= [7,367,805,741 + 10,421,419,171] / [11,138,964,617 + 7,734,175,420 + 9,539,443] = 0.94209219
南區分區	= [5,880,313,358 + 8,478,707,691] / [9,034,606,156 + 6,567,738,697 + 8,372,456] = 0.91981815
高屏分區	= [6,178,954,747 + 9,096,638,538] / [9,869,673,512 + 6,323,004,772 + 15,366,328] = 0.94246984
東區分區	= [1,036,656,139 + 1,803,108,812] / [1,835,256,092 + 1,217,941,333 + 1,204,494] = 0.92972864

$$8. \text{全區平均點值} = \frac{41,597,278,642 + 57,076,703,057}{63,427,610,271 + 43,662,440,742 + 75,730,438} = 0.92076016$$

$$9. \text{醫院非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \frac{\text{加總[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}]}{\text{一般服務核定浮動點數 (GF)} + \text{核定非浮動點數 (BG)} + \text{自墊核退點數 (BJ)} + \text{專款專用已支用點數}}$$

$$= \frac{41,597,278,642 + 57,076,703,057 + 3,693,580,233 + 182,842,501}{63,427,610,271 + 43,662,440,742 + 75,730,438 + 3,696,444,188} = 0.92502567$$

註：專款專用暫結金額 = 罕見疾病、血友病藥費、罕病特材暫結金額 + 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

$$= 2,135,188,219 + 1,046,293,501 + 250,677,540 + 15,000,000 + 57,948,820 + 188,472,153 = 3,693,580,233$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月105/09(含)以前：於106/01/01~106/03/31期間核付者。
費用年月105/10~105/12：於105/10/01~106/03/31期間核付者。
2. 當地就醫分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。