

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01—106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：1

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 106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

$$\begin{aligned} &= 106\text{年調整前第1季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)} \times \text{各季預算占率}(h_{q1}) \\ &= 405,767,653.066 \times 23.830901\% \\ &= 96,698,087,692 \text{ (D)} \end{aligned}$$

註：

1. 依據106年2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」106年第1次會議決定，106年醫院總額一般服務部門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：第一季23.830901%、第二季25.128920%、第三季25.291656%、第四季25.748523%。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。
2. 106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106年品質保證保留款)為405,767,653,066元。
 - (1) 106年第1季調整後預算 $96,698,087,692 = 405,767,653,066 \times 23.830901\%$ 。
 - (2) 106年第2季調整後預算 $101,965,028,925 = 405,767,653,066 \times 25.128920\%$ 。
 - (3) 106年第3季調整後預算 $102,625,358,973 = 405,767,653,066 \times 25.291656\%$ 。
 - (4) 106年第4季調整後預算 $= 106\text{年全年預算數} - 106\text{年第1季預算} - 106\text{年第2季預算} - 106\text{年第3季預算} = 104,479,177,476$ 。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01—106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：2

(二) 106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	104年調整前	103年各季	105年	104年各季	106年	106年品質	106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	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2)	一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計
	(A1)	(B1)	(G0)	(B2)	(G)	(F1)	(G1)
			=(A1+B1)×(1+5.022%)		=(G0+B2)×(1+4.585%)		=(G)-(F1)
第1季	87,832,456,510	217,087,227	92,471,391,823	483,460,581	97,216,832,387	181,004,396	97,035,827,991
第2季	94,192,198,455	338,974,798	99,278,528,774	383,500,404	104,231,533,216	194,193,202	104,037,340,014
第3季	92,149,366,040	349,577,677	97,144,240,670	411,195,342	102,028,352,753	190,054,380	101,838,298,373
第4季	93,167,466,288	385,416,889	98,251,108,970	279,531,381	103,048,270,211	192,083,523	102,856,186,688
合計	367,341,487,293	1,291,056,591	387,145,270,237	1,557,687,708	406,524,988,567	757,335,501	405,767,653,066

註：

1. 106年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2))×(1+4.585%)。

※一般服務成長率為4.585%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.203%，協商因素成長率0.382%。

2. 106年品質保證保留款(F1)=105年編列之品質保證保留款預算+106年品質保證保留款預算=(【104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B1)】×105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)+(【105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2)】×106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105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106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105年第5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) 106年第1季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 105年各季醫院門診透析服務預算 \times (1 + 2.975\%) \\ &= 4,816,193,319 \times (1 + 2.975\%) \\ &= 4,959,475,070 \end{aligned}$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算300百萬元。

$$\begin{aligned} &= 300,000,000/4 \\ &= 75,000,000(C1) \end{aligned}$$

※106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300百萬元，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型肝炎用藥 全年預算 = 2,655百萬元

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	127,892,282	住診第1季已支用點數：	318,460	門住診合計第1季已支用點數：	128,210,742
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：	127,892,282	全年已支用點數：	318,460	全年已支用點數：	128,210,742

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	253,049,280	住診第1季已支用點數：	349,680	門住診合計第1季已支用點數：	253,398,960
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：	253,049,280	全年已支用點數：	349,680	全年已支用點數：	253,398,960

3. 合計

門診第1季已支用點數：	380,941,562	住診第1季已支用點數：	668,140	門住診合計第1季已支用點數：	381,609,702
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：	380,941,562	全年已支用點數：	668,140	全年已支用點數：	381,609,702

4. 廠商負擔款

第1季金額：	2,336,160
第2季金額：	0
第3季金額：	0
第4季金額：	0
全年合計金額：	2,336,160

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 381,609,702

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 2,655,000,000 - (381,609,702 - 2,336,160)
= 2,655,000,000 - 379,273,542
= 2,275,726,458

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106年度C型肝炎用藥專款，使更多病患使用C肝新藥。

(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 = 12,452.5百萬元

1. 罕見疾病藥費 全年預算 = 5,791百萬元

門診第1季已支用點數：	1,126,640,101	住診第1季已支用點數：	144,645,710	門住診合計第1季已支用點數：	1,271,285,811
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：	1,126,640,101	全年已支用點數：	144,645,710	全年已支用點數：	1,271,285,811

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,271,285,811 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 4,519,714,189 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費 全年預算 = 3,149百萬元

門診第1季已支用點數：	806,280,396	住診第1季已支用點數：	58,230,739	門住診合計第1季已支用點數：	864,511,135
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：	806,280,396	全年已支用點數：	58,230,739	全年已支用點數：	864,511,135

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 864,511,135 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 2,284,488,865 \end{aligned}$$

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 3,500百萬元

門診第1季已支用點數：	282,654,207	住診第1季已支用點數：	190,832	門住診合計第1季已支用點數：	282,845,039
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：	282,654,207	全年已支用點數：	190,832	全年已支用點數：	282,845,039

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 282,845,039 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 3,217,154,961 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01—106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：6

4. 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：	840,000	門住診合計第1季已支用點數：	840,000
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：	840,000	全年已支用點數：	840,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 840,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 11,660,000

5. 合計

門診第1季已支用點數：	2,215,574,704	住診第1季已支用點數：	203,907,281	門住診合計第1季已支用點數：	2,419,481,985
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：	2,215,574,704	全年已支用點數：	203,907,281	全年已支用點數：	2,419,481,985

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 2,419,481,985

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 10,033,018,015

註：如預算不足，依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106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「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

(三) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 4,215.7百萬元

門診第1季已支用點數：	553,582,247	住診第1季已支用點數：	457,861,631	門住診合計第1季已支用點數：	1,011,443,878
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：	553,582,247	全年已支用點數：	457,861,631	全年已支用點數：	1,011,443,878

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,011,443,878

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 3,204,256,122

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

頁次：7

(四) 醫療給付改善方案 全年預算 = 997.5百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	291,161	住診第1季已支用點數：	15,561,782	門住診合計第1季已支用點數：	15,852,943
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：	291,161	全年已支用點數：	15,561,782	全年已支用點數：	15,852,943

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 15,852,943

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	8,110,200	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,110,200
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：	8,110,200	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	8,110,200

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 8,110,200

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	110,801,708	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	110,801,708
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：	110,801,708	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	110,801,708

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 110,801,708

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,776,628	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,776,628
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：	5,776,628	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	5,776,628

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,776,628

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：	5,808,700	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,808,700
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：	5,808,700	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	5,808,700

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,808,700

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：	14,388,900	門住診合計第1季已支用點數：	14,388,900
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：	14,388,900	全年已支用點數：	14,388,900

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	332,000
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
全年已支用點數：	332,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 332,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

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：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01—106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：9

9. 合計

門診第1季已支用點數：	131,120,397	住診第1季已支用點數：	29,950,682	門住診合計第1季已支用點數：	161,071,079
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：	131,120,397	全年已支用點數：	29,950,682	全年已支用點數：	161,071,079

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 161,071,079

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 836,428,921

(五)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 4,848,734(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 4,955,366(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 6,655,700(J3)

(4)合計： 已支用點數 16,459,800(J9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,459,800 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = -1,459,800

$$\begin{aligned} \text{第1季暫結點值} &= \frac{[\text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數J1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數J2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3]} \\ &= \frac{[15,000,000 - 1 \times 4,848,734]}{[4,955,366 + 6,655,700]} = 0.87427511 \end{aligned}$$

第2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 = 35,621,385

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

頁次：10

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 60,000,000/4 + 15,000,000 = 30,000,000

(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)

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 = 30,000,000

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 60,000,000/4 + 30,000,000 = 45,000,000

(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)

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 = 45,000,000

=====

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	4,848,734(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	4,955,366(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	6,655,700(N3)
(4)合計:	已支用點數	16,459,800(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)=		15,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 45,000,000

註：依據「106年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01-106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：12

(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：	2,325,888	住診第1季已支用點數：	1,776,000	門住診合計第1季已支用點數：	4,101,888
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：	2,325,888	全年已支用點數：	1,776,000	全年已支用點數：	4,101,888

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,101,888

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	6,992,992	住診第1季已支用點數：	1,505,670	門住診合計第1季已支用點數：	8,498,662
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：	6,992,992	全年已支用點數：	1,505,670	全年已支用點數：	8,498,662

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 8,498,662

3. 急診處置效率品質獎勵：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

4. 補助急診專科醫師人力：

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

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄：106/01—106/03

核付截止日期：106/06/30

頁次：13

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	9,318,880	住診第1季已支用點數：	3,281,670	門住診合計第1季已支用點數：	12,600,550
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：	9,318,880	全年已支用點數：	3,281,670	全年已支用點數：	12,600,550

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 12,600,550 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 147,399,450 \end{aligned}$$

(七) 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：188,956,628

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

$$\text{暫結金額} = 188,956,628 \quad \text{未支用金額} = 611,043,372$$

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)。

三、106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	106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	106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	97,035,827,991	4,959,475,070	0	56,097,416,684	40,938,411,307
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	97,035,827,991	4,959,475,070	0	56,097,416,684	40,938,411,307

註：

1. 106年各季門診透析服務預算(B)=105年各季門診透析服務×(1+2.975%)。

106年第1季門診透析服務預算(B)= 4,816,193,319×(1+2.975%)= 4,959,475,070。

106年第2季門診透析服務預算(B)= 5,164,217,484×(1+2.975%)= 5,317,852,954。

106年第3季門診透析服務預算(B)= 5,042,998,647×(1+2.975%)= 5,193,027,857。

106年第4季門診透析服務預算(B)= 5,101,842,041×(1+2.975%)= 5,253,621,842。

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300百萬元，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	106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	106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
	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	96,698,087,692	4,959,475,070	0	55,911,659,519	40,786,428,173
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	96,698,087,692	4,959,475,070	0	55,911,659,519	40,786,428,173

註：

1. 106年各季門診透析服務預算(B)=105年各季門診透析服務×(1+2.975%)。

106年第1季門診透析服務預算(B)= 4,816,193,319×(1+2.975%)= 4,959,475,070。

106年第2季門診透析服務預算(B)= 5,164,217,484×(1+2.975%)= 5,317,852,954。

106年第3季門診透析服務預算(B)= 5,042,998,647×(1+2.975%)= 5,193,027,857。

106年第4季門診透析服務預算(B)= 5,101,842,041×(1+2.975%)= 5,253,621,842。

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300百萬元，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	0.36985			
	北區分區	0.14326			
	中區分區	0.17487			
	南區分區	0.14107			
	高屏分區	0.14597			
	東區分區	0.02498			
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	0.34305			
	北區分區	0.15131			
	中區分區	0.18246			
	南區分區	0.14298			
	高屏分區	0.15524			
	東區分區	0.02496			
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)(加總後四捨五入至整數位)-風險基金移撥款(北區)(RS_0)
+風險基金分配款(東區)(RS_0)

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)(加總後四捨五入至整數位)-風險基金移撥款(北區)(RS_I)
+風險基金分配款(東區)(RS_I) (加總後四捨五入至整數位)

1. 風險基金移撥/分配款：

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 四季重分配占率(H)	0.23830901	0.25128920	0.25291656	0.25748523	1.00000000
2. 風險基金移撥/分配款 RS=0.45億×H	10,723,905	11,308,014	11,381,245	11,586,836	45,000,000
3. 風險基金移撥/分配款-住診 RS_0=55%×RS	5,898,148	6,219,408	6,259,685	6,372,760	24,750,001
4. 風險基金移撥/分配款-門診 RS_I=RS-RS_0	4,825,757	5,088,606	5,121,560	5,214,076	20,249,999

註：依據106年4月11日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」106年第1次臨時會議決定略以，北區移撥0.45億元(全年)，做為東區風險調整基金。北區移撥0.45億元(全年)，依106年醫院總額一般服務部門預算四季重分配採近3年醫療申報點數平均占率分配按季移撥予東區。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

頁次：18

2. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=(D2)× 50%× (R)+ (D2)× 50%× (S)-風險基金移撥款(北區)(RS_0)+風險基金分配款(東區)(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	15,271,869,646				15,271,869,646
北區分區	5,499,343,643				5,499,343,643
中區分區	7,233,407,894				7,233,407,894
南區分區	5,815,710,710				5,815,710,710
高屏分區	6,112,923,576				6,112,923,576
東區分區	1,005,155,838				1,005,155,838
小 計	40,938,411,307				40,938,411,307

3. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)-風險基金移撥款(北區)(RS_I)+風險基金分配款(東區)(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	19,253,783,403				19,253,783,403
北區分區	7,644,835,832				7,644,835,832
中區分區	10,237,077,327				10,237,077,327
南區分區	8,357,112,650				8,357,112,650
高屏分區	8,869,310,114				8,869,310,114
東區分區	1,735,297,358				1,735,297,358
小 計	56,097,416,684				56,097,416,684

(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) - 風險基金移撥款(北區)(RS_0)
 + 風險基金分配款(東區)(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) - 風險基金移撥款(北區)(RS_I)
 + 風險基金分配款(東區)(RS_I)(加總後四捨五入至整數位)

1. 風險基金移撥/分配款：(詳頁次17)

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) = (D4) × 50% × (R) + (D4) × 50% × (S) - 風險基金移撥款(北區)(RS_0) + 風險基金分配款(東區)(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	15,215,173,098				15,215,173,098
北區分區	5,478,909,511				5,478,909,511
中區分區	7,206,553,994				7,206,553,994
南區分區	5,794,119,986				5,794,119,986
高屏分區	6,090,229,455				6,090,229,455
東區分區	1,001,442,129				1,001,442,129
小 計	40,786,428,173				40,786,428,173

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) = (D3) × 45% × (R) + (D3) × 55% × (S) - 風險基金移撥款(北區)(RS_I) + 風險基金分配款(東區)(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	19,190,027,736				19,190,027,736
北區分區	7,619,501,712				7,619,501,712
中區分區	10,203,178,966				10,203,178,966
南區分區	8,329,439,477				8,329,439,477
高屏分區	8,839,940,884				8,839,940,884
東區分區	1,729,570,744				1,729,570,744
小 計	55,911,659,519				55,911,659,519

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：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁次： 21

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	8,459,113,902(BF1)	0.86611825	-----	8,753,879,007	10,815,856
	2-北區分區	931,050,293	0.86611825	806,399,650	918,876,961	
	3-中區分區	373,053,013	0.86611825	323,108,023	371,257,008	
	4-南區分區	231,426,769	0.86611825	200,442,948	258,433,509	
	5-高屏分區	275,073,864	0.86611825	238,246,494	249,587,976	
	6-東區分區	69,188,692	0.86611825	59,925,589	69,613,770	
	7-合計	10,338,906,533(GF1)			1,628,122,704(AF1)	10,621,648,231(BG1)
2-北區分區	1-臺北分區	669,718,997	0.86611825	580,055,846	704,300,999	
	2-北區分區	2,668,551,964(BF1)	0.86611825	-----	2,560,198,553	4,243,453
	3-中區分區	234,893,187	0.86611825	203,445,276	237,919,496	
	4-南區分區	80,989,289	0.86611825	70,146,301	79,248,020	
	5-高屏分區	58,426,081	0.86611825	50,603,895	54,848,079	
	6-東區分區	15,633,965	0.86611825	13,540,862	15,841,231	
	7-合計	3,728,213,483(GF1)			917,792,180(AF1)	3,652,356,378(BG1)
3-中區分區	1-臺北分區	199,117,714	0.86611825	172,459,486	213,478,150	
	2-北區分區	90,018,181	0.86611825	77,966,389	90,665,693	
	3-中區分區	4,180,226,324(BF1)	0.86611825	-----	4,391,046,467	4,026,105
	4-南區分區	118,747,236	0.86611825	102,849,148	143,369,934	
	5-高屏分區	57,592,025	0.86611825	49,881,504	50,346,040	
	6-東區分區	10,959,044	0.86611825	9,491,828	11,332,008	
	7-合計	4,656,660,524(GF1)			412,648,355(AF1)	4,900,238,292(BG1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

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	210,092,755	0.86611825	181,965,169	241,932,198	
	2-北區分區	76,800,266	0.86611825	66,518,112	81,061,408	
	3-中區分區	178,764,602	0.86611825	154,831,284	202,459,123	
	4-南區分區	3,031,717,421(BF1)	0.86611825	-----	3,768,398,167	3,727,988
	5-高屏分區	160,390,691	0.86611825	138,917,305	169,908,851	
	6-東區分區	7,840,540	0.86611825	6,790,835	7,382,584	
	7-合計	3,665,606,275(GF1)		549,022,705(AF1)	4,471,142,331(BG1)	3,727,988(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	115,011,084	0.86611825	99,613,199	124,268,287	
	2-北區分區	37,902,912	0.86611825	32,828,404	35,779,001	
	3-中區分區	66,912,903	0.86611825	57,954,486	67,909,412	
	4-南區分區	195,358,468	0.86611825	169,203,534	209,491,945	
	5-高屏分區	3,441,325,861(BF1)	0.86611825	-----	3,468,606,676	4,444,701
	6-東區分區	13,658,951	0.86611825	11,830,267	13,138,725	
	7-合計	3,870,170,179(GF1)		371,429,890(AF1)	3,919,194,046(BG1)	4,444,701(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	56,592,167	0.86611825	49,015,509	63,294,315	
	2-北區分區	19,522,901	0.86611825	16,909,141	21,177,102	
	3-中區分區	14,375,605	0.86611825	12,450,974	15,729,971	
	4-南區分區	7,312,764	0.86611825	6,333,718	8,030,320	
	5-高屏分區	22,830,961	0.86611825	19,774,312	22,272,384	
	6-東區分區	574,491,125(BF1)	0.86611825	-----	613,218,424	406,530
	7-合計	695,125,523(GF1)		104,483,654(AF1)	743,722,516(BG1)	406,530(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	45,095,323(BF2)	0.89831693	40,509,892	42,095,878
	2-北區分區	56(BF2)	0.92826508	52	-83
	3-中區分區	10,545,679(BF2)	0.94209219	9,935,002	13,136,296
	4-南區分區	0(BF2)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	591,917(BF2)	0.94246984	557,864	335,070
	6-東區分區	0(BF2)	0.92972864	0	0
	7-合計	56,232,975(GF2)			51,002,810(AF2)
2-北區分區	1-臺北分區	842,601(BF2)	0.89831693	756,923	812,566
	2-北區分區	497(BF2)	0.92826508	461	-998
	3-中區分區	3,506,487(BF2)	0.94209219	3,303,434	4,068,980
	4-南區分區	0(BF2)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	155,709(BF2)	0.94246984	146,751	125,462
	6-東區分區	0(BF2)	0.92972864	0	0
	7-合計	4,505,294(GF2)			4,207,569(AF2)
3-中區分區	1-臺北分區	405,679(BF2)	0.89831693	364,428	527,850
	2-北區分區	5(BF2)	0.92826508	5	-5
	3-中區分區	170,795,245(BF2)	0.94209219	160,904,866	202,937,634
	4-南區分區	0(BF2)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	179,474(BF2)	0.94246984	169,149	148,174
	6-東區分區	0(BF2)	0.92972864	0	0
	7-合計	171,380,403(GF2)			161,438,448(AF2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

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	273,543(BF2)	0.89831693	245,728	378,209
	2-北區分區	7(BF2)	0.92826508	6	-9
	3-中區分區	6,523,099(BF2)	0.94209219	6,145,361	8,879,208
	4-南區分區	0(BF2)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	234,074(BF2)	0.94246984	220,608	207,643
	6-東區分區	0(BF2)	0.92972864	0	0
	7-合計	7,030,723(GF2)		6,611,703(AF2)	9,465,051(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	562,732(BF2)	0.89831693	505,512	835,037
	2-北區分區	4(BF2)	0.92826508	4	-5
	3-中區分區	1,757,043(BF2)	0.94209219	1,655,296	2,542,981
	4-南區分區	0(BF2)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	12,320,359(BF2)	0.94246984	11,611,567	7,717,866
	6-東區分區	0(BF2)	0.92972864	0	0
	7-合計	14,640,138(GF2)		13,772,379(AF2)	11,095,879(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	153,793(BF2)	0.89831693	138,155	132,226
	2-北區分區	2(BF2)	0.92826508	2	-4
	3-中區分區	385,425(BF2)	0.94209219	363,106	522,148
	4-南區分區	0(BF2)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	14,667(BF2)	0.94246984	13,823	19,695
	6-東區分區	0(BF2)	0.92972864	0	0
	7-合計	553,887(GF2)		515,086(AF2)	674,065(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

頁次： 25

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	8,996,449,027(BF3)	0.86611825	-----	3,959,153,242	21,913,888
	2-北區分區	983,252,181	0.86611825	851,612,658	473,048,085	
	3-中區分區	382,174,038	0.86611825	331,007,909	180,130,979	
	4-南區分區	267,167,440	0.86611825	231,398,596	115,657,441	
	5-高屏分區	317,998,536	0.86611825	275,424,336	144,614,196	
	6-東區分區	108,438,176	0.86611825	93,920,283	36,733,270	
	7-合計	11,055,479,398(GF3)		1,783,363,782(AF3)	4,909,337,213(BG3)	21,913,888(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	821,633,143	0.86611825	711,631,460	410,160,109	
	2-北區分區	3,254,364,023(BF3)	0.86611825	-----	1,333,856,758	9,388,928
	3-中區分區	304,797,066	0.86611825	263,990,301	144,650,856	
	4-南區分區	90,754,945	0.86611825	78,604,514	41,041,850	
	5-高屏分區	74,913,703	0.86611825	64,884,125	34,089,318	
	6-東區分區	34,012,889	0.86611825	29,459,184	10,898,332	
	7-合計	4,580,475,769(GF3)		1,148,569,584(AF3)	1,974,697,223(BG3)	9,388,928(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	270,520,690	0.86611825	234,302,907	127,016,585	
	2-北區分區	117,561,291	0.86611825	101,821,980	52,385,045	
	3-中區分區	5,199,940,387(BF3)	0.86611825	-----	2,196,918,373	7,420,282
	4-南區分區	153,707,269	0.86611825	133,128,671	65,386,580	
	5-高屏分區	73,396,488	0.86611825	63,570,038	31,004,157	
	6-東區分區	24,512,449	0.86611825	21,230,679	7,621,405	
	7-合計	5,839,638,574(GF3)		554,054,275(AF3)	2,480,332,145(BG3)	7,420,282(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

頁次： 26

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	301,394,289	0.86611825	261,043,094	132,913,509	
	2-北區分區	98,329,907	0.86611825	85,165,327	46,974,500	
	3-中區分區	239,188,878	0.86611825	207,165,852	110,159,626	
	4-南區分區	4,244,577,846(BF3)	0.86611825	-----	1,713,273,606	3,584,137
	5-高屏分區	217,197,349	0.86611825	188,118,588	99,000,760	
	6-東區分區	23,686,737	0.86611825	20,515,515	6,863,129	
	7-合計	5,124,375,006(GF3)		762,008,376(AF3)	2,109,185,130(BG3)	3,584,137(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	156,390,382	0.86611825	135,452,564	75,253,761	
	2-北區分區	53,657,965	0.86611825	46,474,143	22,411,030	
	3-中區分區	91,102,697	0.86611825	78,905,708	41,405,750	
	4-南區分區	276,000,828	0.86611825	239,049,354	121,423,271	
	5-高屏分區	4,844,452,948(BF3)	0.86611825	-----	1,978,548,290	12,407,197
	6-東區分區	33,212,044	0.86611825	28,765,557	11,013,660	
	7-合計	5,454,816,864(GF3)		528,647,326(AF3)	2,250,055,762(BG3)	12,407,197(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	98,632,525	0.86611825	85,427,430	43,069,369	
	2-北區分區	33,936,671	0.86611825	29,393,170	14,971,929	
	3-中區分區	20,883,781	0.86611825	18,087,824	9,461,088	
	4-南區分區	11,118,154	0.86611825	9,629,636	4,590,977	
	5-高屏分區	39,414,407	0.86611825	34,137,537	19,853,627	
	6-東區分區	821,811,551(BF3)	0.86611825	-----	323,953,071	393,090
	7-合計	1,025,797,089(GF3)		176,675,597(AF3)	415,900,061(BG3)	393,090(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	100,358,907(BF4)	0.89831693	90,154,105	24,637,836
	2-北區分區	0(BF4)	0.92826508	0	0
	3-中區分區	10,161,808(BF4)	0.94209219	9,573,360	3,421,990
	4-南區分區	0(BF4)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	1,746,671(BF4)	0.94246984	1,646,185	207,192
	6-東區分區	0(BF4)	0.92972864	0	0
	7-合計	112,267,386(GF4)		101,373,650(AF4)	28,267,018(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,700,145(BF4)	0.89831693	2,425,586	580,313
	2-北區分區	0(BF4)	0.92826508	0	0
	3-中區分區	2,691,730(BF4)	0.94209219	2,535,858	1,149,552
	4-南區分區	0(BF4)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	661,612(BF4)	0.94246984	623,549	54,038
	6-東區分區	0(BF4)	0.92972864	0	0
	7-合計	6,053,487(GF4)		5,584,993(AF4)	1,783,903(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	871,023(BF4)	0.89831693	782,455	306,595
	2-北區分區	0(BF4)	0.92826508	0	0
	3-中區分區	196,493,639(BF4)	0.94209219	185,115,123	66,692,216
	4-南區分區	0(BF4)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	198,503(BF4)	0.94246984	187,083	18,508
	6-東區分區	0(BF4)	0.92972864	0	0
	7-合計	197,563,165(GF4)		186,084,661(AF4)	67,017,319(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

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：106/08/23

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01-106/03

核付截止日期:106/06/30

頁次： 28

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	1,176,308(BF4)	0.89831693	1,056,697	243,926
	2-北區分區	0(BF4)	0.92826508	0	0
	3-中區分區	7,523,627(BF4)	0.94209219	7,087,950	2,856,919
	4-南區分區	0(BF4)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	2,180,365(BF4)	0.94246984	2,054,928	223,018
	6-東區分區	0(BF4)	0.92972864	0	0
7-合計	10,880,300(GF4)		10,199,575(AF4)	3,323,863(BG4)	
5-高屏分區	1-臺北分區	1,018,363(BF4)	0.89831693	914,813	351,346
	2-北區分區	0(BF4)	0.92826508	0	0
	3-中區分區	2,818,851(BF4)	0.94209219	2,655,618	763,859
	4-南區分區	0(BF4)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	64,153,543(BF4)	0.94246984	60,462,779	8,701,901
	6-東區分區	0(BF4)	0.92972864	0	0
7-合計	67,990,757(GF4)		64,033,210(AF4)	9,817,106(BG4)	
6-東區分區	1-臺北分區	410,491(BF4)	0.89831693	368,751	102,098
	2-北區分區	0(BF4)	0.92826508	0	0
	3-中區分區	349,783(BF4)	0.94209219	329,528	188,353
	4-南區分區	0(BF4)	0.91981815	0	0
	5-高屏分區	108,317(BF4)	0.94246984	102,086	8,818
	6-東區分區	0(BF4)	0.92972864	0	0
7-合計	868,591(GF4)		800,365(AF4)	299,269(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)

$$\text{臺北分區} = [15,215,173,098 + 19,190,027,736 - 3,411,486,486 - 15,530,985,444 \\ - 152,376,460 - 83,834,179 - 32,729,744] / 17,455,562,929 = 0.87042673$$

$$\text{北區分區} = [5,478,909,511 + 7,619,501,712 - 2,066,361,764 - 5,627,053,601 \\ - 9,792,562 - 6,789,913 - 13,632,381] / 5,922,915,987 = 0.90745522$$

$$\text{中區分區} = [7,206,553,994 + 10,203,178,966 - 966,702,630 - 7,380,570,437 \\ - 347,523,109 - 270,630,972 - 11,446,387] / 9,380,166,711 = 0.89900955$$

$$\text{南區分區} = [5,794,119,986 + 8,329,439,477 - 1,311,031,081 - 6,580,327,461 \\ - 16,811,278 - 12,788,914 - 7,312,125] / 7,276,295,267 = 0.85143447$$

$$\text{高屏分區} = [6,090,229,455 + 8,839,940,884 - 900,077,216 - 6,169,249,808 \\ - 77,805,589 - 20,912,985 - 16,851,898] / 8,285,778,809 = 0.93476703$$

$$\text{東區分區} = [1,001,442,129 + 1,729,570,744 - 281,159,251 - 1,159,622,577 \\ - 1,315,451 - 973,334 - 799,620] / 1,396,302,676 = 0.92182208$$

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)

- 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)

$$= [40,786,428,173 + 55,911,659,519 - 42,843,739,625 - 82,772,155] / 60,685,232,323 = 0.88607350$$

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

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [15,215,173,098 + 19,190,027,736] \div [21,562,886,292 + 15,614,819,623 + 32,729,744] = 0.92461161 \\ \text{北區分區} &= [5,478,909,511 + 7,619,501,712] \div [8,319,248,033 + 5,633,843,514 + 13,632,381] = 0.93782989 \\ \text{中區分區} &= [7,206,553,994 + 10,203,178,966] \div [10,865,242,666 + 7,651,201,409 + 11,446,387] = 0.93965004 \\ \text{南區分區} &= [5,794,119,986 + 8,329,439,477] \div [8,807,892,304 + 6,593,116,375 + 7,312,125] = 0.91661899 \\ \text{高屏分區} &= [6,090,229,455 + 8,839,940,884] \div [9,407,617,938 + 6,190,162,793 + 16,851,898] = 0.95616533 \\ \text{東區分區} &= [1,001,442,129 + 1,729,570,744] \div [1,722,345,090 + 1,160,595,911 + 799,620] = 0.94703832 \end{aligned}$$

$$8. \text{非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值} \\ = [40,786,428,173 + 55,911,659,519] \div [60,685,232,323 + 42,843,739,625 + 82,772,155] = 0.93327343$$

$$9. \text{醫院非門診透析醫療給付費用總額平均點值} \\ = \text{加總} [\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}] \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數 (GF)} + \text{核定非浮動點數 (BG)} + \text{自墊核退點數 (BJ)} + \text{專款專用已支用點數}] \\ = [40,786,428,173 + 55,911,659,519 + 4,190,163,822 + 181,004,396] \\ \div [60,685,232,323 + 42,843,739,625 + 82,772,155 + 4,191,623,622] \\ = 0.93753338$$

註：專款專用暫結金額=C型肝炎用藥暫結金額+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

$$= 381,609,702 + 2,419,481,985 + 1,011,443,878 + 161,071,079 + 15,000,000 + 12,600,550 + 188,956,628 \\ = 4,190,163,822$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月105/12(含)以前：於106/04/01~106/06/30期間核付者。
費用年月106/01~106/03：於106/01/01~106/06/30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。